

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1947**

2/3 (1.2.1947)

# SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Wilhelm Metzger, Stuttgart

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Carl Oelemann, Bad Nauheim; Dr. Theophil Rees, Karlsruhe

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 2/3

STUTT GART, FEBRUAR/MÄRZ 1947

2. Jahrgang

## Verhütung und Bekämpfung der Rachitis

Von Dr. med. Otto Jakob er, Stuttgart

Im Württembergischen Ärzteblatt Nr. 9/12, 1. Jahrgang, wird durch eine kurze Mitteilung „Rachitisprophylaxe“ die Aufmerksamkeit auf die Frage gelenkt, auf welche Weise die Rachitis am besten verhindert werden kann. In diesem Zusammenhang wird es vielleicht überhaupt zweckmäßig sein, sich über die heutige Auffassung vom Wesen und von der Bekämpfung der Rachitis zu unterrichten.

Die Rachitis (vom griechischen Rhachis = Rückgrat)<sup>1</sup> rechnen wir unter die Mangelkrankheiten. Sie beruht auf einer Stoffwechselstörung, bedingt durch den Mangel an Vitamin-D, dem „antirachitischen“ Vitamin. Diese Stoffwechselstörung zeigt sich zwar am eindrucksvollsten am Skelettsystem, beschränkt sich aber keineswegs auf dieses, sondern bedingt eine Störung des gesamten Organismus. Dem Wesen einer Mangelkrankheit nach kann sie von leichtesten Störungen, die selbst mit feinsten Laboratoriumsmethoden kaum feststellbar sind, bis zu starken, dem Auge sofort sichtbaren Veränderungen am Skelett schwanken. Rachitisch wird besonders leicht der wachsende Organismus, und das um so eher, je intensiver die Wachstumsvorgänge sind. Daher ist die Erkrankung am häufigsten in den ersten beiden Lebensjahren, vor allem in der Säuglingszeit. Aber auch später können sich der Rachitis sehr nahe verwandte, wenn nicht mit ihr identische Störungen einstellen in Zeiten besonders intensiver Stoffwechselfätigkeit (Pubertät, Schwangerschaft). (Spätrachitis und Osteomalacie.)

Überhaupt begünstigend für das Auftreten von Rachitis — abgesehen von Vitamin-D-Mangel — wirken über längere Zeit bestehende Fehlernährung (keine Muttermilch, einseitige Kuhmilchernährung, einseitige Kohlehydraternährung = Mehl-nährschaden) sowie allgemein ungünstige hygienische Aufzuchtbedingungen („Arme-Leute-Krankheit“).

Individuell begünstigend wirkt das Bestehen einer erblich bedingten Bereitschaft (Diathese), die sowohl auf den Schweregrad der Rachitis wie auf die Verteilung der rachitischen Skelettveränderungen Einfluß nimmt. Durch die obengenannten, allgemein begünstigenden „Umweltfaktoren“ kann die rachitische Diathese manifest werden. Die rachitische Stoffwechselstörung greift in erster Linie in den Mineralstoffwechsel ein, wodurch es weiterhin zu einer Störung der normalen Verkalkung des wachsenden Knochens kommt. Vor allem sind der Kalzium-(Ca-) und der Phosphat-(P-) Stoffwechsel gestört. Fehlt der hier regulierende Einfluß des Vitamin-D, so wird das Ca nicht mehr in normaler Weise am Knochen gebunden, sondern aus dem Körper vermehrt — meist aus dem Darm — ausgeschieden. Dabei reißt es P in Bindung als Kalziumphosphat mit sich, der Körper verarmt an P. Im Blutserum ist das normale Verhältnis von C zu P, das sich etwa wie 2 : 1 verhält, gestört, der P-Gehalt sinkt ab, während der Ca-Gehalt etwa normal bleibt. P-Mangel aber begünstigt wiederum das Fort-

schreiten der rachitischen Störung. Es muß festgehalten werden, daß die Rachitis nicht durch Ca-Mangel in der Nahrung entsteht, also auch nicht durch Ca-Verfütterung bekämpft oder verhütet werden kann. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, daß dadurch eine weitere P-Verarmung des Organismus eintritt. Dies kann nur oder doch im wesentlichen nur durch Behebung des vorhandenen Mangels an Vitamin-D geschehen.

Vitamin-D wird dem Organismus, insbesondere auch dem Säugling, praktisch genommen niemals durch die Nahrung zugeführt (Frauenmilch ist z. B. im wesentlichen frei von D). Es entsteht vielmehr im Organismus selbst aus Vorstufen unter dem Einfluß ultravioletter Strahlung. Diese Vorstufen (Provitamine) sind größtenteils in der Nahrung enthalten, werden aber auch aus gewissen Grundsubstanzen im Körper selbst aufgebaut. Sie entstammen der Reihe der sogenannten Fettbegleitstoffe (Lipoide), von denen in der Nahrung das Cholesterin das wichtigste ist. Der Körper bildet daraus das Ergosterin, das in der Haut abgelagert wird, beziehungsweise die Haut „passiert“ und durch Ultraviolettlcht von außen her zum Vitamin-D umgebaut wird.

Die zunächst in ihrem Wesen unbekannt gebliebene Heilwirkung des Ultraviolettlchtes auf den rachitischen Organismus wurde durch Huld schinsky (Berlin) um 1920 entdeckt. Auf dieser Entdeckung beruht die Einführung der Quarzlampe (künstliche Höhensonne) mit ihrer hohen Ultraviolettwirkung für die Therapie der Rachitis.

Im Wellenbereich des Lichtes folgt auf die unsichtbaren langwelligen Infrarot-Strahlen das sichtbare Licht und jenseits desselben die ebenfalls unsichtbare Ultraviolettrahlung (U.V.). Sie liegt im Wellenbereich von 400—280 m $\mu$  und wird als „inneres Ultraviolettgebiet“ bezeichnet. Es schließt sich das äußere Ultraviolettgebiet an, das von 280 m $\mu$  zu den Röntgenstrahlen überleitet. Der für die Vitamin-D-Bildung bedeutsame Bereich des inneren U.V.-Gebietes liegt von 315—280 m $\mu$ . Man bezeichnet ihn als den „erythem-erzeugenden Teil“ oder kurz als „Dornobereich“. Er wird als U.V.B. oder U.V. II von dem langwelligen Teil des inneren U.V.-Gebietes abgegrenzt. Das im Hochsommer mittags im Flachland auftretende Sonnenlicht besteht zu 59 Prozent aus Infrarotstrahlung, zu 40 Prozent aus sichtbarem Licht, zu nur 1 Prozent aus U.V.-Strahlung. Die Strahlung der „künstlichen Höhensonne“ besteht zu etwa 42 Prozent aus sichtbarem Licht, zu 37 Prozent aus innerem und zu etwa 21 Prozent aus äußeren U.V. Die U.V.-Wirkung des Sonnenlichts kann durch Bewölkung, vor allem aber durch Staub- und Rußbildung, stark vermindert werden (Industriegebiet).

Im Anschluß an die Entdeckung Huld schinsky s stellten der amerikanische Forscher Hess und seine Mitarbeiter fest, daß die verschiedensten Lebensmittel (z. B. Gemüse, aber auch Milch) durch UV-Bestrahlung eine antirachitische Wirkung erhalten. Sie erfuhren dabei eine Veränderung des Geschmacks, der an Lebertran erinnerte. Man sprach deshalb von „Jecorisation“ (Ol. jecoris-Lebertran) der Nahrungsmittel durch U.V.-Bestrahlung. Auf der Entdeckung von Hess beruht die Prophylaxe und Therapie der Rachitis mit bestrahlter Milch, für deren

<sup>1</sup> Die deutsche Bezeichnung „englische Krankheit“ entstammt dem Umstand, daß die erste bedeutende Beschreibung der Rachitis Mitte des 17. Jahrhunderts aus englischer Feder kam [Glisson].

Anwendung in Deutschland Scheer-Frankfurt a. M. besonders und mit Erfolg eingetreten ist<sup>2</sup>.

Später (1926) fand Windaus-Göttingen im Ergosterin die Vorstufe für das Vitamin-D. Windaus konnte als erster Vitamin-D synthetisch aus Ergosterin darstellen. Es werden verschiedene Vitamine-D unterschieden. Vitamin-D<sub>2</sub> ist aus pflanzlichen Grundstoffen (Hefe) gewonnen, und zwar aus Ergosterin. Es ist als Vigantolöl oder Vigantol forte in Deutschland im Handel. Mit ihm kann man experimentell wie klinisch die Rachitis sicher heilen und verhüten. Vigantolöl enthält in 10 ccm 5 mg D<sub>2</sub> (1 mg = 40 000 internationale Einheiten), Vigantol forte in 1 ccm 10 mg D<sub>2</sub> = 400 000 I. E.

Das vom tierischen (auch menschlichen) Körper gebildete Vitamin-D zeigt eine andere Zusammensetzung als das aus Hefe gewonnene. Sein Grundstoff ist das Cholesterin. Es wird als Vitamin-D<sub>3</sub> bezeichnet und wurde synthetisch ebenfalls von Windaus hergestellt. Seine fabrikmäßige Herstellung ist aber weitaus schwieriger. Ob D<sub>2</sub> und D<sub>3</sub> in ihrer Wirkung auf den Menschen verschieden sind, ist noch nicht erwiesen. Besonders reich an D<sub>3</sub> sind bestimmte Fischleberöle (Lebertran). Sie bilden praktisch die einzige Quelle zur Gewinnung „natürlichen Vitamins-D“ für die Prophylaxe und Therapie der menschlichen Rachitis. Die schon seit langem empirisch bekannte Heilwirkung des Lebertrans auf die Rachitis beruht auf seinem Gehalt an D<sub>3</sub>. Lebertran enthält außerdem noch Vitamin-A. Da der Gehalt der verschiedenen Lebertrane an D<sub>3</sub> sehr wechselnd ist und wahrscheinlich bei längerer Lagerung abnimmt, ist seine Wirkung unsicher. Man hat ihn deshalb durch Zusatz von synthetischem D<sub>2</sub> „standardisiert“. Größere Zukunft bieten neue technische Verfahren, die das D<sub>3</sub> aus Fischlebern in hoher Konzentration gewinnen. Es ist wahrscheinlich, daß derart hergestellte Präparate für die Zukunft Bedeutung gewinnen.

An der Wirksamkeit der synthetischen Vitaminpräparate, also z. B. des Vigantolöles und des Vigantol forte, besteht heute kein Zweifel mehr. Immer wieder aber wird behauptet, daß sie eine schädigende Wirkung auf den Organismus entfalten können, insbesondere zu einer vorzeitigen Verkalkung, vor allem auch des Gefäßsystems, führen. Auch eine rein toxische Nebenwirkung wird immer wieder behauptet. Eine genaue Prüfung der zur Verfügung stehenden Unterlagen und Veröffentlichungen zu dieser Frage ergibt folgendes: Die ersten synthetischen Vitamin-D-Präparate Ende der zwanziger Jahre enthielten in der Tat eine Beimischung einer toxischen Substanz, des Toxisterins („Calcinosefaktor“), der eine oben angedeutete und höchst unerwünschte Wirkung hatte<sup>3</sup>. Sowohl am Skelettsystem wie vor allem an den Gefäßen wurden pathologische Kalkablagerungen festgestellt. Seit beinahe zwei Jahrzehnten enthalten aber die nunmehr kristallinisch hergestellten Vitamin-D<sub>2</sub>-Präparate keine derartigen Verunreinigungen mehr. Die anfangs zweifellos vorhandene gewesen Gefährdungsquelle ist damit ausgeschaltet. Werden die heute im Handel befindlichen D<sub>2</sub>-Präparate in weit übertriebener Dosierung gegeben, so können ebenfalls toxische Verkalkungen vorkommen. Die Spanne zwischen der therapeutischen und einer solchen toxisch wirkenden Dosis ist aber so groß, daß die Möglichkeit einer Überdosierung nicht in Erwägung gezogen werden braucht. Im Urin von Säuglingen, die Vitamin D<sub>2</sub> in Form des sogenannten „D-Stoßes“ erhalten haben, findet man gelegentlich Eiweiß und Harnzylinder. Diese Erscheinung geht stets schnell vorüber und hat offenbar keine ernstliche Bedeutung. Nachdem im Rahmen der seit 1939 in Deutschland eingeführten allgemeinen Rachitisprophylaxe nunmehr Zehntausende von Kindern lange Zeit hindurch Vitamin D in den verschiedensten Verabreichungsformen erhalten haben und weder von klinischer noch pathologisch-anatomischer Seite über krankhafte Veränderungen etwas bekanntgeworden ist, darf die Unschädlichkeit im Rahmen der heute als zweckmäßig erkannten Dosierung als erwiesen angesehen werden.

<sup>2</sup> U.V.-bestrahlte Milch erleidet beim Durchlaufen der modernen Bestrahlungsanlagen keine oder nur ganz geringfügige Geschmacksveränderungen, die nicht störend wirken.

<sup>3</sup> Aus ihm wird das AT 10 gewonnen, das für die Therapie der Tetanie des Erwachsenen Bedeutung bekam.

Gewisse Rachitisschutzmittel zeigen aber andere unerwünschte Nebenwirkungen: Die Verabreichung von Lebertran an junge Säuglinge führt recht häufig zu Durchfällen (Oldyspepsie), so daß man ihn erst für das Kind am Ende des ersten Lebensjahres ohne Vorbehalt empfehlen kann. Gerade aber der junge Säugling bedarf des Rachitisschutzmittels besonders. Auch im Vigantol befindet sich das Vitamin D<sub>2</sub> in ölicher Form. Die Dosierung ist aber so gering, daß sie fast stets standlos vertragen wird. Immerhin kann nicht verschwiegen werden, daß einzelne besonders empfindliche Säuglinge auch bei tropfenweiser Verabfolgung von Vigantolöl Unregelmäßigkeiten der Stuhleerungen zeigen. Das gelegentlich beobachtete Erbrechen ist wohl kaum toxischer Natur, sondern beruht meist auf dem Ungeschick bei der Darreichung oder auf psychischem Widerwillen gegen das Öl.

Die klinischen Zeichen der Rachitis können im Rahmen dieses Aufsatzes nicht besprochen werden. Die Diagnose ist keineswegs so leicht, wie vielfach angenommen wird. Es kommt immer noch zu häufigen Fehldeutungen. Echte Rachitis wird übersehen und manches als rachitisch entstanden angenommen, was gar nichts damit zu tun hat. Die Gefahren der Rachitis liegen nicht nur im Mißwuchs und Krüppeltum, die heute vielleicht in ihrer Bedeutung sogar schon zurückgetreten sind, sondern vor allem in der Minderung der Widerstandskraft des durch die rachitische Störung anormal reagierenden Organismus. Als Beispiel möge genügen, daß die Infektionsabwehr gemindert ist und rachitische Säuglinge z. B. Pneumonien leichter erliegen, als nichtrachitische. Auch hier muß auf Einzelheiten verzichtet werden.

Ist nun die Rachitis tatsächlich so verbreitet, daß die Propagierung einer allgemeinen Prophylaxe gerechtfertigt erscheint? Nach den oben gemachten Vorbemerkungen ist klar, daß außer dem konstitutionellen Faktor unzureichende Belichtung die Hauptsache für die Entstehung der rachitischen Störung bildet. Sie ist eine ausgesprochene Saisonkrankheit, beginnt an Häufigkeit im Herbst zuzunehmen und erreicht ihren Höhepunkt gegen das Frühjahr hin. Besonders ungünstig sind Großstädte, Industriegebiete, aber auch viele ländliche Gebiete daran. Überall, wo die Säuglinge wenig ins Freie kommen, besteht erhöhte Rachitisgefahr. Untersuchungen aus den letzten Jahren und aus den verschiedensten Gegenden Deutschlands haben gezeigt, daß die Rachitishäufigkeit zwischen 30 Prozent und 80 Prozent aller Kinder des ersten Lebensjahres liegt. Bei der keineswegs gleichen Untersuchungserfahrung haben die höheren Ziffern mehr Wahrscheinlichkeit, der Wahrheit nahe zu kommen. Es darf also ohne Schwarzmalerei und Übertreibung, heute sicher mehr denn je, gesagt werden, daß bei der geographischen Lage Deutschlands praktisch alle Kinder gefährdet sind. Ob dies, wie immer behauptet wird, bei Frühgeborenen und Zwillingen im vermehrten Maße der Fall ist, bedarf m. E. dringender erneuter Nachprüfung. Da wir heute in der Lage sind, durch geeignete Maßnahmen die Entstehung der Rachitis zu verhüten, beziehungsweise sie im Keime zu ersticken, ist es wohl kaum zu verantworten, sie nicht anzuwenden. Die Ende 1939 eingeführte Rachitisprophylaxe sollte also weiter durchgeführt werden. Dem Beispiel Deutschlands folgend, ist sie auch von anderen Staaten übernommen worden. Prophylaxe und Therapie werden sich dabei stärkstens überschneiden.

Durchführung der Prophylaxe: Eine vollkommene Rachitisprophylaxe hat sich auf folgende Gebiete zu erstrecken:

1. Prophylaxe während der Schwangerschaft: Zweifellos ist bereits eine Prophylaxe während der Schwangerschaft zweckmäßig, die der Mutter wie dem Kind zugute kommen würde. Bekanntlich können sich sowohl bei der schwangeren wie auch bei der stillenden Frau rachitisähnliche Stoffwechselstörungen einstellen. In welchem Maße eine Prophylaxe während der Schwangerschaft auf das Kind wirkt, ist nicht sicher bekannt, andererseits hat natürlich eine Fehlernährung der schwangeren Frau bei gleichzeitigem D-Mangel Rückwirkungen auf das Kind. Das ist in der jetzigen Zeit besonders zu befürchten. Die „prä-natale“ Prophylaxe wird am besten mit Lebertran, Höhensonnenbestrahlungen, allenfalls Gaben von Kalzium- und Phosphat-

präparaten durchgeführt. Sie verdient größeres Interesse, als es ihr bis jetzt noch zugewendet wird.

2. Richtige Ernährung des Kindes: In erster Linie ausreichend langes und vollständiges Stillen durch die zweckmäßig ernährte Mutter. Immerhin muß festgestellt werden, daß auch Brustkinder rachitisch werden können. Nach dem Abstillen baldige und zeitgerechte Zufütterung von Gemüse und Rohsäften. Auf Einzelheiten der zweckmäßigsten Form der Säuglingsernährung kann hier nicht eingegangen werden.

3. Möglichst baldige und ausreichende Belichtung der Kinder durch regelmäßigen Aufenthalt im Freien, auch im Winter. Dazu ist nicht etwa Sonnenwirkung auf den ganzen Körper erforderlich, sondern schon die Belichtung der normalerweise unbedeckten Körperteile (Gesicht, Hände) unterstützt den Erfolg. Wird allerdings bei der Ausfahrt das Wagenverdeck dauernd hochgeklappt, so kann das Licht nicht an das Kind heran. Sonnenlicht durch ein gewöhnliches Glasfenster ist unwirksam, da hierbei der U.V.-Anteil absorbiert wird. Bei geeigneter Jahreszeit und bei angemessenem Alter des Kindes sind kurze Teil- und Vollsonnenbäder ausgezeichnet. Der Freiluftaufenthalt dient gleichzeitig der Abhärtung und Steigerung der Widerstandskraft des Kindes.

4. Frühzeitige Verabreichung eines Rachitisschutzmittels: Dies kann geschehen

a) durch Lebertran mit den bereits oben gemachten Einschränkungen. Dazu kommt, daß Lebertran derzeit schwer erhältlich ist. Für eine allgemeine Rachitisschutzprophylaxe, die um die Wende des zweiten und dritten Lebensmonates beginnen soll, scheidet der Lebertran aus;

b) durch bestrahlte Milch, die dann überhaupt nur noch in dieser Form an Säuglinge verfüttert werden müßte. Bei normaler Stillzeit (bis 6 Monate) würde die Prophylaxe dann zu spät einsetzen. Abgesehen davon besitzen wir derzeit nur in wenigen Städten die notwendigen Einrichtungen für die Milchbestrahlungen; auch die vollständige Erfassung aller an Säuglinge verfütterten Milch macht, insbesondere auf dem Lande, fast unüberwindliche Schwierigkeiten. Auf die bereits erwähnten guten Erfahrungen mit der Durchführung der Rachitisschutzprophylaxe mit bestrahlter Milch in Frankfurt/Main (Scheer) sei nochmals hingewiesen;

c) durch Verwendung synthetischer Vitaminpräparate: Derzeit ist immer noch das einfachste, am leichtesten durchzuführende und billigste Verfahren die Verabfolgung von synthetischem Vitamin-D<sub>2</sub>. Hierzu stehen uns zwei Präparate zur Verfügung, das Vigantolöl und das Vigantol forte. Vom Vigantolöl gibt man spätestens mit Beginn des dritten Lebensmonates zweimal täglich 5 Tropfen so lange, bis zwei Flaschen = 20 ccm verbraucht sind. In allen Fällen, bei denen auch nur ein Verdacht auf Rachitis besteht, ist die Dosierung auf dreimal täglich 5 Tropfen zu erhöhen. Ob man mit zweimal 10 ccm Vigantolöl auskommt, entscheidet die klinische Untersuchung des Kindes sowie die Jahreszeit. Ist z. B. das Kind im Herbst geboren, so wird sich eine Wiederholung etwa im Februar-März dringend empfehlen. Ein ausgesprochener Nachteil dieser Methode ist der Umstand, daß sie an die Zuverlässigkeit der Mutter große Ansprüche stellt. Man muß leider damit rechnen, daß die durch mehrere Wochen durchzuführende regelmäßige Verabfolgung der Vigantoltropfen in vielen Fällen nicht oder doch nur sehr unzulänglich durchgeführt wird. Auch bei gutem Willen der Mutter ist das menschlich verständlich, verhindert aber natürlich die an sich sichere Wirkung des Verfahrens. Es bedeutet demgegenüber einen großen Fortschritt, daß mit Einführung der „Stoßprophylaxe und Therapie“ der oben erwähnte Nachteil vermindert werden kann. Es hat sich nämlich gezeigt, daß man auch durch eine einmalige stärkere D<sub>2</sub>-Gabe einen ausreichenden prophylaktischen wie auch therapeutischen Effekt erzielen kann. Man gibt — auch hier spätestens zu Beginn des dritten Lebensmonates — einmal 1 ccm Vigantol forte. Dies soll der Arzt in der Sprechstunde oder die Fürsorgerin in der Mütterberatungsstelle oder auch bei einem Hausbesuch am besten selbst dem Kind eingeben. Damit ist die Gewähr gegeben, daß das Kind das Rachitisschutzmittel auch tatsächlich erhalten hat. Diese Dosis kann nach etwa drei Monaten wiederholt werden, sie ist auch therapeutisch ausreichend wirksam.

In der heutigen Zeit bedeutet die Anwendung der Stoßprophylaxe und -therapie außerdem eine wesentliche Ersparnis an den so rar gewordenen Ölen (höchstens 2 ccm gegenüber 30–40 ccm bei Vigantolöl).

Die Rachitisschutzprophylaxe ist eine wichtige gesundheitspolitische Maßnahme. Sie führt zum vollen Erfolg, wenn alle erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden, wenn man sich also nicht nur auf die Vitamin-D-Gabe beschränkt.

## Zur Vit. D<sub>2</sub>-Stoßtherapie und -prophylaxe der Rachitis

Ich erlaube mir — durch das Postskriptum der Schriftleitung zum Artikel „Rachitisschutzprophylaxe“ (Württ. Ärzteblatt, Jahrgang 1946, Heft 9–12, S. 84/85) angeregt — kurz über Untersuchungen zu berichten, die ich während meiner Assistentenzeit von 1935 bis Ende 1940 an der Universitäts-Kinderklinik der Charité in Berlin (Leiter: Prof. Dr. med. Georg Bessau, gest. 16. November 1944) miterlebte. Die Untersuchungen selbst wurden von dem damaligen Oberarzt der Klinik, Priv.-Doz. Dr. med. et phil. Oskar Harnapp, durchgeführt. Ich referiere die wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen, allerdings aus der Erinnerung, da ich entsprechende Unterlagen gegenwärtig nicht greifbar habe.

### Therapie

Zur Beobachtung kamen Rachitisfälle aller Schweregrade. Ihre Behandlung wurde mit einem Vit.-D<sub>2</sub>-Stoß von 15 mg in 2 ccm Vigantol „forte“ eingeleitet, einer Gabe, die in schweren Fällen meist nach wenigen Tagen in gleicher Höhe wiederholt wurde. Der Zeitpunkt dieser zweiten Verabreichung richtete sich nach den röntgenologisch geprüften Erfolgen des ersten Stoßes an den Epiphysenlinien der distalen Enden von Os ulnare und radiale. Es wurden damals täglich Röntgenaufnahmen der Handgelenke gemacht, wobei sich oft schon am vierten Tag nach Verabfolgung des ersten Stoßes die Kalkanlagerung in zarter Form nachweisen ließ. Rasch wurden in der Folge die verwachsenen und becherförmig deformierten Epiphysenlinien wieder scharf und geradeverlaufend; gleichzeitig normierte sich die zurückgebliebene Entwicklung der Knochenkerne, Erfolge, von denen ich mich zu entsinnen meine, daß sie zuweilen schon am Ende der zweiten Be-

handlungswoche erreicht waren. Kalk- und Phosphorspiegel im Blut, insonderheit das Verhalten der Ca-Ionen wurde ebenfalls laufend kontrolliert; auch hierbei zeigte sich schnelle Regularisierung (Ansteigen des absoluten Ca-Ionen-Werts und Wiedereinspielen des normalen Ca:Ph-Verhältnisses). Elektrokardiographisch nachweisbare Veränderungen des Aktionsstromverlaufs glichen sich aus. Hohe Aufmerksamkeit wurde der Möglichkeit des Auftretens von spasmophilen Erscheinungen geschenkt und die zu ihrer Verhütung erforderlichen Maßnahmen durchgeführt — am ersten Tag Hunger: Teepause (Ca-ionisierende Wirkung der Hungerazidose), an den folgenden 3 bis 4 Tagen milchfreie Ernährung („in der Molke liegt die spasmophile Komponente, wahrscheinlich als Ca-Phosphat“ Bessau), im weiteren dann 50 bis 100 g Milch täglich in langsam steigenden Mengen. Es zeigte sich, daß die Gefahr der Manifestation einer latenten Spasmophilie durch die Vit.-D<sub>2</sub>-Stoßtherapie unter diesen Voraussetzungen so wenig gegeben war wie bei der bisher üblichen tropfenweisen Vigantolverabreichung. Alles in allem wurde nicht ein einziger Versager der Stoßbehandlung gesehen. Schädigungen wurden niemals beobachtet, auch nicht am Herzmuskel (Untersucher: Dr. med. O. Camann); über schlechte Verträglichkeit ist mir nichts bekannt geworden.

Wie die Säuglingsrachitis, so spricht auch die Rachitis tarda spezifisch an.

Bei sogenannter renaler und hepatischer Rachitis versagt naturgemäß das Stoßverfahren wie alle anderen Mittel der Rachitisbehandlung.

### Prophylaxe

Ebenfalls von Harnapp wurde seinerzeit die Rachitis-Stoßprophylaxe in ausgedehnten Reihenuntersuchungen durchgeführt.

Frühgeburten, die erfahrungsgemäß erhöht zu allen Mangelkrankheiten neigen, erhielten schon mit sechs Wochen 5 mg Vit. D<sub>2</sub>; diese Gabe wurde nach vier Wochen erstmalig wiederholt. Eine weitere Dosis von 10 bis 15 mg wurde ihnen zum Zeitpunkt ihrer klinischen Entlassung, d. h. im allgemeinen dann, wenn sie das Geburtsgewicht eines normal ausgetragenen Kindes erlangt hatten, verabreicht.

Die rechtzeitig geborenen Kinder erhielten mit acht Wochen 15 mg Vit. D<sub>2</sub> als einmalige Gabe.

Sämtliche Fälle wurden allgemein-klinisch, röntgenologisch, elektrokardiographisch und chemisch eingehend bearbeitet. Auch die Prophylaxe mittels Stoßverfahren erwies sich als völlig zuverlässig; sie war von unangenehmen Nebenwirkungen nie begleitet und zeitigte keinerlei Schäden.

Prof. Bessau erwähnte erstmals im April 1940 in der Vorlesung die stoßweise Verabreichung von Vit. D<sub>2</sub>, besonders zur Prophylaxe, als das Mittel der Wahl. Seine Worte waren damals ungefähr: „Wir werden keinen Vigantol-Versager mehr erleben, da es mit der Anwendung des Stoßverfahrens unschwer gelingen mußte, den Faktor der Unzuverlässigkeit der Mütter bei der sich länger hinziehenden tropfenweisen Verabreichung des Vitamins auszuschalten. Die Mutter mußte mit dem Geburtschein eine Anweisung erhalten, sich mit ihrem acht Wochen alten Kinde beim Gesundheitsamt, Arzt, Schwester oder Fürsorgerin zur Rachitisprophylaxe einzufinden. Es mag indes geboten sein, dieser Anweisung noch durch eine zweite, termingerechte Aufforderung nachzuhelfen. In Städten könnte dieselbe durch das Gesundheitsamt ergehen, während auf dem Lande zweckmäßig etwa die Hebamme damit beauftragt würde, die ein-

zelnen Fälle rechtzeitig zu mahnen und die ärztliche Voruntersuchung zu veranlassen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß auch gestillte Kinder der Rachitisprophylaxe bedürfen. Frauenmilch ist kein absoluter Schutz, „da unsere Mütter viel zu wenig luft- und lichtbaden“ (Bessau).

Akute dyspeptische Störungen, Brechdurchfälle müssen für die Dauer der Erkrankung zurückgestellt werden. Möglichkeit der Resorptionshemmung — scheinbare Versager!

Ich selbst habe in der Landpraxis, die ich während des Krieges viereinhalb Jahre lang ausübte, die Vit.-D<sub>2</sub>-Stoßtherapie und -prophylaxe in etwa 50 Fällen angewandt (unter denselben auch, prophylaktisch, bei vier von meinen eigenen fünf Kindern). Ich gab mit acht Wochen 10 mg Vit. D<sub>2</sub> und wiederholte diese Dosis in gleicher Höhe noch einmal sechs Wochen später. Ich habe bei den so versorgten Fällen — es handelte sich bei den manifesten Erkrankungen um leichte und mittelschwere Zustände — unter allgemein-klinischer Kontrolle keinen Versager gesehen. Ich habe im Hinblick auf die Möglichkeit der Auslösung spasmophiler Symptome, die im Frühjahr, während der ersten Sonnentage, sowie bei akuten fieberhaften Infekten erhöht ist (aber wohlverstanden bei Anwendung des Stoßverfahrens nicht in besonderem Maß — sie ist z. B. bei Höhensonnenbestrahlung infolge zu plötzlicher Änderung der Ca : Ph-Relation wesentlich größer!) stets die oben erwähnten diätetisch-vorbeugenden Maßnahmen durchführen lassen und gelegentlich, d. h. bei Nachweis einer latenten Krampfbereitschaft medikamentös ergänzt (Chloralhydrat 0,5—1,0 in Schleim rektal).

Dr. med. Gertrud Kinkel-Diercks,  
Fachärztin für Kinderheilkunde,  
Alldorf, Krs. Schw. Gmünd.

### Nochmals „Rachitisprophylaxe“

Frau Dr. med. Elisabeth Haiges, Stuttgart, äußert sich zu der entsprechenden Notiz in Nr. 9/12 des Württembergischen Ärzteblattes folgendermaßen:

Nach der Entdeckung von Windaus, die die synthetische Herstellung von Vitamin D ermöglichte, glaubte man die Rachitis zum Aussterben bringen zu können.

Leider sah man bald, daß von dem Gesamtkomplex der Rachitis nur die Knochenrachitis und davon wieder besonders gut die Craniotabes auf Vigantol reagiert, daß aber die Begleiterscheinungen wie die Muskel- und Bänderschwäche oder die Anämie auch weiterhin die alten Behandlungsweisen mit Lebertran und Licht, Luft und Sonne verlangen.

In letzter Zeit habe ich beobachtet, daß sogar die Hauptdomäne des synthetischen Vitamins D, die Craniotabes, nicht mehr so absolut auf Vigantol anspricht, ja daß trotz prophylaktischer Gaben die Craniotabes aufgetreten ist. Diese Beobachtungen wurden an mit Vigantolstoß behandelten Kindern gemacht.

Nun haben Strughold, I. Schmidt u. a. festgestellt, daß das Vitamin A nur dann vom Körper resorbiert wird, wenn es mit minimalen Fettmengen zugeführt wird. Ich weiß nicht, ob Untersuchungen bestehen, inwieweit die geringe Ölmenge bei der Stoßtherapie des Vitamins D in gleicher Weise einen Einfluß auf seine Resorption im Körper hat.

Die Stoßtherapie hat große Vorzüge gegenüber der tropfenweisen Medikation, die sich besonders in der Praxis stark bemerkbar machen. Wie in dem Artikel „Rachitisprophylaxe“ schon betont wird, ist die Verabreichung sehr einfach und sicher. Man ist nicht von der Zuverlässigkeit der Mutter abhängig, was in der heutigen Zeit bei der Überbelastung der Hausfrau nicht zu unterschätzen ist. Außerdem habe ich nach der Stoßtherapie nie Durchfälle gesehen, die bei der täglichen tropfenweisen Gabe von Vigantol ab und zu auftreten bei darmempfindlichen Kindern, und die Mütter veranlassen, die Medikation auszusetzen.

Auf jeden Fall möchte ich die Zunahme der Rachitis nicht einer geringeren Wirksamkeit des Vigantols in der Form der Stoßtherapie zuschreiben, sondern halte die gewaltige Verschlechterung unserer Lebensbedingungen dafür für ausschlaggebend.

Die Haupterfolge in der Rachitisprophylaxe und -behandlung

verdanken wir dem Grundsatz, dem Kind neben richtiger Ernährung möglichst viel frische Luft, Licht und Sonne zuzuführen. Und das war in diesem Winter mit seiner extremen Kälte, dem Brennmaterialmangel und der Wohnungsnot einfach nicht zu machen. Der Säugling, der in einem gutgelüfteten sonnigen Zimmer untergebracht werden soll, liegt jetzt meist in der von Essgerüchen erfüllten, dunklen Küche, als dem einzigen, erwärmten Raum der Wohnung.

Auch die Anregung der Vitamin-D-Bildung in der Haut durch Bestrahlen mit der Quarzlampe war in diesem Winter kaum möglich, da sowohl die Heizungsschwierigkeiten wie auch die Stromsperrung hemmend wirkte. Sogar der Lebertran hat gefehlt, der nicht nur als Träger der fettlöslichen Vitamine A und D bei der Rachitis heilend einwirkt, sondern noch andere lebensnotwendige Stoffe enthält.

Ich möchte mit meinen Ausführungen besonders dahin wirken, daß der Kurzschluß „Rachitis-Vigantol“ nicht zu einseitig verfolgt wird, sondern daß auch bei der Rachitis der ganze kleine Mensch ins Auge gefaßt werden muß und die Allgemeinbehandlung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

### Lues oder Syphilis?

Von Dr. med. Heinz Lossen-Bad Nauheim

Libera nos Domine a pestilentiae lue, heißt es in einem Gebet, das an den eigentlichen Sinn vor allem des lateinischen Wortes lues erinnert. Nach Heinichen (Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch) bedeutet lues Seuche, Stoff der Ansteckung, in übertragenem Sinne ein sich ausbreitendes Unglück. Als Schimpfwort wird es von schädlichen Menschen gebraucht. Cicero bezeichnet einmal damit die Pest. Ob er dabei an die akute Infektionskrankheit, bei der Yersin erstmalig (1894) den eigentümlichen Bazillus als Erreger fand, gedacht hat, sei dahingestellt. Bedeutet doch das Wort Pest selbst nach Georg Sticker (Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre, I. Band, Die Pest. 2. Teil, S. 3) mehr allgemein Tod, Verderben, Plage (s. a. Heinichen l. c.). Pestis = pestilentia und lues sind also durchaus sinnverwandte Worte und die eingangs angeführte kirchliche Bitte erfolgt tautologisch.

Heute definiert die Pathologie mit dem Namen Pest eine in Epidemien auftretende Infektionskrankheit mit schweren Allgemeinerscheinungen und großer Mortalität, die pathogenetisch, epidemiologisch und klinisch zwei Hauptformen, Beulen- und Lungenpest zeigt (C. Hegler im Handbuch der inneren Medizin, 3. Aufl. (1934), I. Band, S. 1231).

Besteht nun das Bedürfnis, mit Lues jene spezifische Entzündung zu bezeichnen, die wir zu den sogenannten infektiösen Granulationsgeschwülsten (N. Th. Tendeloo, Allgemeine Pathologie, Berlin, 1919) zählen und als deren Erreger die Schaudinn'sche Spirochaeta pallida (1905) erkannt worden ist? Ich meine nein.

Es gibt wohl kaum bei einer Krankheit soviel Benennungen wie bei der Lustseuche. Als die „ösen plattern“ (Erlaß Kaiser Maximilians I. vom 7. August 1495) „vormals bey menschen gedächtnuß nye gewesen noch gehört“ ausgangs des 15. Jahrhunderts erschreckend in den Vordergrund jeglicher Aufmerksamkeit traten, wurden es mehr als hundert Namen allein mit geographischen Hinweisen. Bei uns in Deutschland führte sich durch den kaiserlichen Secretarius Magister Josephus Grunspeck von Burg-hausen, der in Augsburg selbst schwer an diesem ihm und seinen Zeitgenossen „unbekanntem“ Leiden erkrankt war, seit 1503 vornehmlich die Bezeichnung Franzosenkrankheit, morbo gallico der Italiener ein. Paracelsus (1528) wollte eine solche Benennung als unwissenschaftlich nicht beibehalten wissen, doch blieb der Name im Volksmunde wie im ärztlichen Gebrauch bis zum Ausgang des 17. Jahrhunderts. In Frankreich hatte Jacques de Béthencourt (1527) das Wort Morbus venereus vorgeschlagen, das im 18. Jahrhundert durch Sydenham und Boerhaaves Schule allgemeiner gebräuchlich wurde.

Scheinbar plötzlich erinnerte man sich jenes 1530 erstmalig, in der Folgezeit sehr häufig auch in deutschen, italienischen und fran-

zösischen Übersetzungen gedruckten lateinischen Lehrgedichtes in Hexametern des Veroneser Arztes Girolamo Fracastoro (1478 bis 1553) „Syphilis sive morbus gallicus“ (s. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte, II. Band, S. 589). Über England — ich folge der Darstellung von Georg Sticker (Entwurf einer Geschichte der ansteckenden Geschlechtskrankheiten (1931), Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, XXIII. Band, S. 264 ff.) — fand der Krankheitsname Syphilis auch Eingang in deutschen Gelehrtenkreisen, so bei Chr. W. Hufeland (1805) und J. N. Rust (1813).

Seckendorf hat an schwer erreichbarer Stelle (Riedel-Archiv 1935, Nr. 4, S. 59) Näheres über die Legende des Dichterarztes Fracastoro erzählt und die Namensdeutung des Helden versucht, wobei er sich auf den Heidelberger Altphilologen Boll (Neue Jahrbücher für das klassische Altertum 1910, S. 68) stützte. Der Hirte Syphilus schmähte, von mittäglicher Sonnenglut gepeiniget, das Tagesgestirn, die Mutter alles Lichtes, errichtete seinem König Alcithous Bergaltäre und opferte diesem. Das empörte die Seele der Sonne. Sie sandte pestbringend ihre vergifteten Strahlen auf Erde und Meer. Garstige Geschwüre befelen als ersten den Gottesfrevler, ihm schmerzliche Gliederpein bringend, während ihn nächstens der Schlaf floh.

„Und nach ihm benennt die Menschheit  
Heute noch die gleiche Seuche.  
Es empfängt von ihm die Krankheit  
Nun den Namen Syphilis.“

(II. Buch, Vers 331 ff.)

Ich meine, man sollte wenigstens im ärztlichen Schrifttum die nichtsvorwegnehmenden Worte „Lues“ und „luetisch“ aufgeben zugunsten der eindeutigen Krankheitsbezeichnung „Syphilis“ und „syphilitisch“.

## Die Fortschritte der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde seit 1932

Von Dr. med. Hans R a u, Stuttgart-Degerloch

Es ist etwas riskant, schon jetzt von den während der letzten zwölf Jahre, also eines medizinhistorisch gesehen kurzen Zeitraums, erzielten Fortschritten zu sprechen. Denn manches erfolgsverheißende Heilverfahren erweist sich leider auf die Dauer nicht als Fortschritt. Das Folgende gilt also mit dieser Einschränkung. Allgemein wird der deutschen Medizin der Vorwurf gemacht, seit 1933 mehr und mehr vom internationalen Niveau abgeglitten zu sein. Bei oberflächlicher Betrachtung, bei der Lektüre der Zeitschrift „Ziel und Weg“ und leider auch mancher medizinischen Wochenschrift kann man diese Auffassung verstehen. Aber neben den offiziellen pseudowissenschaftlichen rhetorischen Exzessen der Herren Grothe, Conti und Brandt ist die wirkliche wissenschaftliche Forschung nie ganz ausgestorben. Vielmehr gingen viele Institute und Forschungsstätten konzessionslos ihren geraden Weg in Anlehnung an beste medizinische Tradition in bewußtem Gegensatz zu den marktschreierischen Quacksalbern aus Alt-Rhese. Wie wenig Verständnis man im Grund für wissenschaftliche Belange im Dritten Reich hatte, dafür nur ein kleines Beispiel: Schon mehrere Jahre vor dem Kriege weigerten sich unsere führenden Elektrofirmen, ein notabene in konstruktiven Einzelheiten vorliegendes Otoaudion herzustellen, das im Tonumfang einen Vergleich mit den Apparaten führender amerikanischer Firmen ausgehalten hätte, mit dem Hinweis, derlei Dinge seien nicht kriegswichtig.

Unter den Neuerungen auf diagnostischem Gebiet steht natürlich die Fortentwicklung der Röntgenologie des Schädels an erster Stelle. Es ist nicht der Sinn dieser Zeilen, auf Spezialaufnahmen der Keilbeinhöhle, des petrotympanalen Systems und der Pyramidenspitzen näher einzugehen. Eine grundlegende Verbesserung brachte indessen das Osterwaldsche Gerät, das stereoskopische Aufnahmen ermöglicht und vor allem für Stirnhöhlenaufnahmen, Ohrtaufnahmen nach Schüller und zur Darstellung

des Kehlkopfgerüsts bei Verlegungen Verwendung findet. Arterio- und Enzephalographie sind für otogene und rhinogene Komplikationen von Bedeutung. Die Tomographie, 1938 von Wüst erstmals in unserem Fachgebiet systematisch angewandt, wollen wir bei Nebenhöhlentumoren und entzündlichen oder neoplastischen Prozessen an Kehlkopf und Trachea nicht mehr missen. Ihr spezielles Anwendungsgebiet ist die Entscheidung über die Operabilität von Nebenhöhlentumoren, von subglottischen Kehlkopfgeschwülsten sowie die Lokalisation von Bronchialfremdkörpern.

Dagegen erwiesen sich Kontrastdarstellung des Epipharynx und Sialographie mehr als diagnostische Spielereien. Die fortgeschrittene Röntgentechnik hat vor allem auch die Weichteil-aufnahmen verbessert. So hat die Röntgenologie des Mediastinums unter Beibehaltung der alten Aufnahmeeinrichtungen technische Fortschritte zu verzeichnen.

Die direkten und indirekten Untersuchungsmethoden erfuhren durch das Postrhinoskop von Schulz van Treeck eine wesentliche Bereicherung. Die Praxis hat die Brauchbarkeit des Instruments nicht nur für diagnostische Zwecke, sondern auch bei kleinen Operationen im Epipharynx, Entfernung von Rachenmandelresten und Probeexzisionen erwiesen.

Die direkten Untersuchungen sind ihren schon lange beschrittenen Weg weitgehender Spezialisierung und Differenzierung instrumenteller Natur weitergegangen. Dies hat bis zur Konstruktion von Spezialinstrumenten geführt, mit deren Hilfe selbst eine offene Sicherheitsnadel im Speiseröhrenlumen erst verschlossen und dann extrahiert werden kann. Das in Deutschland am häufigsten benutzte Brüningsche Untersuchungsgerät wird seit 1937 mit einer neuen und diesmal tatsächlich verbesserten und den praktischen Bedürfnissen angepaßten Optik geliefert.

Die Schwebelaryngoskopie wurde durch die Bruststüttautoskopie vollends verdrängt. Instrumentell hat sich in der Praxis das Seiffertsche Autoskop durchgesetzt. Die Anzeigestellung wurde gegen früher eingeschränkt. Hauptindikationsgebiet sind endolaryngeale Eingriffe beim Kind, vor allem die Entfernung von Kehlkopfspapillomen. Beim Erwachsenen kommt diese Art des Vorgehens nicht mehr in Betracht.

Ch. Jackson hat ein Gerät zum Aufsuchen schwer auffindbarer Bronchialfremdkörper konstruiert, wobei der Operateur mit Hilfe zweier, in verschiedenen Ebenen arbeitender Röntgengeräte geleitet wird. Von Interesse ist, im Hinblick auf die bei uns geübte Zurückhaltung mit der Anwendung der Bronchoskopie, daß nur bei 2 Prozent der in der Jacksonklinik in Philadelphia vorgenommenen Bronchoskopien ein Bronchialfremdkörper die Indikation zum Eingriff bildet. 98 Prozent dagegen werden aus rein interner Anzeigestellung zur diagnostischen Klärung von Lungenprozessen ausgeführt.

Bei der genauen Lokalisierbarkeit von Fremdkörpern an Kopf und Hals hat sich die Verwendung komplizierter Suchgeräte, die nach dem Echo-Lot- oder Radarprinzip arbeiten, in der Rhinolaryngologie als überflüssig erwiesen.

Die Chirurgie von Hals-Nase-Ohr hat technische Verbesserungen, doch keine revolutionäre Neuerung in den letzten Jahren zu verzeichnen.

Die früher schon versuchte chirurgische Behandlung der Otoklerose wird zur Zeit von amerikanischer Seite wieder aufgegriffen. Den Ausgangspunkt bildet die Holmgreensche Operation. Der Eingriff ist technisch schwierig und wird nur von Spezialisten ausgeführt, trotzdem rechnet man mit vierstündiger Operationsdauer. Die Erfolge sollen auch über längere Beobachtungsdauer befriedigend sein und dies wäre besonders begrüßenswert, da alle anderen Behandlungsversuche dieses Leidens, einschließlich der A.T.io-Therapie fehlgeschlagen sind.

Hauptsächlich kriegsbedingt ist die Fortentwicklung der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts. Nach dem Vorgang von Gillies und Filatoff wurde die Nahlappenplastik mehr und mehr verdrängt durch den Wanderlappen, der als Rundstiellappen von Hals, Brust, Lendengegend oder Bauch entnommen wird. Ganz neue Schwierigkeiten brachte für uns im verflissenen Sommer die Notwendigkeit, Gesichtsplastiken auszuführen bei Opfern des Kampfes um Berlin, also Frauen und Kindern in stark reduziertem Ernährungszustand. Bei großen Weichteildefekten war es mit den üblichen Methoden kaum möglich, genügend plastisches Material zu bekommen. Rundstiellappen am Hals sind in solchen Fällen nicht geeignet. Transportlappen aus Inguinalgegend, die über den Unterarm an Ort und Stelle gebracht werden, liefern noch das relativ beste Material, müssen aber nach anderen Gesichtspunkten angelegt werden, als den bisher üblichen. In einer Sitzung gebildete Lappen von über 10 cm Länge werden leicht nekrotisch und bei der früher gültigen Längen-Breitenproportion von drei zu eins muß der Wert für die Breite prozentual erhöht werden.

Ebenfalls eine Kriegsfolge sind die häufigen Fälle von erschwertem Dekanülement nach Tracheotomie infolge subglottischer Stenose. Die zur Dilatationsbehandlung nach der Crico- oder Thyreotomie verwendete Bolzenkanüle nach Brüggemann ist von Labarre modifiziert worden. Vogel modelliert sich den Bolzen mit Stanzmasse selbst nach Maßgabe von Lage und Ausdehnung der Stenose. Diese Eingriffe erfordern sorgfältige klinische Nachbehandlung.

Das Interesse des Praktikers galt in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen zwei anderen Eingriffen: der Abszesssillektomie und der Radikaloperation vom Gehörgang. Die Abszesssillektomie, vor zehn Jahren von Linke empfohlen, hat sich als dankenswertes Objekt für Statistiken und Vorträge auf lokalen Tagungen erwiesen, sie hat also mehr literarische als praktische Bedeutung erlangt.

Die Radikaloperation vom Gehörgang aus, früher schon von Thiess ausgeführt, wurde in den letzten Jahren durch v. Eicken technisch und vor allem instrumentell so weit vervollkommen, daß sie dem größeren Eingriff vom retroaurikulären Schnitt aus

entschieden vorzuziehen ist. Vorbedingung ist allerdings völlige Pneumatisationshemmung und keine allzu weite Ausdehnung der Cholesteatomhöhle nach dem Winkelgebiet und nach der Warzenfortsatzspitze zu, was röntgenologisch feststellbar ist.

Ein unzweifelhafter Fortschritt wurde in der Behandlung des Stimmbandkarzinoms erzielt. Schildknorpelfensterung und Radiumeinlage ist das Mittel der Wahl, solange der Tumor noch nicht die vordere Kommissur erreicht hat. Nach operativer Freilegung des Schildknorpels der Tumorseite wird in diesen entsprechend der Geschwulst ein Loch gestanzt, in das die Radiumkapsel eingenäht wird. Über der Platte wird ein Gummischwämmchen fixiert und die Hautwunde primär verschlossen. Nach acht Tagen kann die Kapsel wieder entfernt werden. Abgesehen von gelegentlichen sterilen Abszessen sind Komplikationen nicht beobachtet worden. Wir haben also den optimalen Fall, daß das Radium direkt auf den Tumor in dessen ganzer Ausdehnung, gewissermaßen als Unterlage festfixiert liegen kann. Die Erfolge sind bei richtiger Indikationsstellung fast 100 Prozent. Hat der Tumor die vordere Kommissur erreicht, so kann die Radiumtherapie nicht mehr angewandt werden. Für diese Fälle hat Chaoul mit der Röntgenabstrahlung ein Verfahren entwickelt, das jetzt in der ganzen Welt üblich ist und bessere Resultate ergibt als die bisherigen Methoden der Röntgenbestrahlung.

Von neueren Medikamenten haben Penicillin und Streptomycin ihren Einzug auch in die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gehalten. Wer die Literatur der Nach-Salvarsanära unter dem Gesichtswinkel der medikamentösen Behandlung septischer Zustände verfolgt, der wird von vornherein ein gewisse Zurückhaltung über gegenüber den Erfolgsmeldungen, die über die neuen Mittel mit ungewöhnlichem Propagandaaufgebot verbreitet werden. Nachdem die kriegsbedingten Fabrikationsbeschränkungen weggefallen sind, geht jetzt die Firma Schering-Kahlbaum dazu über, das schon während des Krieges im Laboratorium entwickelte Medikament in den Fabrikationsprozeß aufzunehmen und damit den Anschluß an den Stand der internationalen Forschung herzustellen.

Kurz vor dem Krieg wurde die Jodjontophorese zur Aktinomykosebehandlung mit Erfolg angewandt. Der Kriegsausbruch hat eine nennenswerte Resonanz dieser Anregung verhindert, namentlich auch den systematischen Vergleich mit der Strahlentherapie, die ebenfalls gute Resultate gibt.

Ein Grenzgebiet der Laryngologie von zunehmender Wichtigkeit ist die Behandlung der Schleimhauttuberkulosen. Sie ist in Deutschland immer etwas stiefmütterlich weggekommen. Es gab nur zwei Spezialheilstätten, die nach modernen Gesichtspunkten gearbeitet haben, Seltersberg und Müncheberg. Die Heilerfolge sind nie ganz an die führenden Anstalten des Kontinents, z. B. des Finsen-Instituts, herangekommen. Nachdem Müncheberg bei den Kämpfen um Berlin völlig zerstört worden ist, steht jetzt nur noch die Gießener Heilstätte zur Verfügung. Kandemlampe und Drucklichtbestrahlung sind die hauptsächlichsten Therapeutica neben der üblichen Allgemeinbehandlung.

Hier mag noch erwähnt werden, daß der Pariser Wiederherstellungschirurg Prof. Clahoué vor dem Krieg regelmäßig nach Müncheberg kam, um die plastische Verwendbarkeit der narbig veränderten Haut des Lupuskranken zu prüfen. Ein Zeichen, daß persönlicher Kontakt und private Initiative auch zur Zeit kulturellen Verfalls die absurde Beschränktheit „volksgebundener“ Medizin übergangen haben zum Wohle echten medizinischen Fortschritts.

VITA: Dr. Otto Jakober, geb. am 21. 11. 1918 in Stuttgart. Dr. Gertrud Kinkel-Diercks, geb. 14. 3. 1910 in Glückstadt. Dr. Heinz Lossen, geb. 4. 3. 1893 in Wiesbaden. Dr. Hans Rau, geb. 1. 1. 1910 in Stuttgart. Dr. Ed. Vogt, geb. 1. 7. 1894 in Spaichingen. Dr. Alfred Rustemeyer, geb. 26. 1. 1899 in Attendorn. Dr. Karl Erhard Weiß, geb. 14. 11. 1879 in Schwab. Gmünd. Dr. V. E. Mertens, geb. 9. 3. 1875 in Riga. Med.-Rat. Dr. Friedr. Koch, geb. 23. 3. 1894 in Berstadt, Krs. Bidingen. Dr. Theodor Dobler, geb. 7. 1. 1893 in Pflugfelden Krs. Ludwigsburg. Dr. Hans Vollenweider, geb. 8. 5. 1918 in Ulm.

# Hyperemesis gravidarum und ihre Behandlung

Von Dr. med. Alfred Rustemeyer, Attendorn

Die Hyperemesis gravidarum ist eine durch die Schwangerschaft bedingte Intoxikation. Sie entsteht durch die veränderte chemisch-physikalische Zusammensetzung des Blutes.

Während das Schwangerschaftserbrechen meist eine vorübergehende Erscheinung ist und in der Regel gegen Mitte oder Ende des vierten Monats von selbst aufhört, gibt es aber einzelne Fälle, bei denen das Schwangerschaftserbrechen lebensbedrohlich wird. Das sind solche Fälle, bei denen das Erbrechen nach jeder Mahlzeit auftritt und bei denen es in wenigen Tagen zu erheblichen Gewichtsverlusten der Schwangeren kommt.

Nimmt das Gewicht innerhalb 14 Tagen um mehr als 15 Prozent ab, so ist Gefahr im Verzuge. Treten dabei Pulsbeschleunigung von über 100, Temperatursteigerungen um 37,5 Grad und schließlich Albuminurie bei sonst nierengesunden Schwangeren auf, so muß unter Umständen an eine Unterbrechung der Schwangerschaft gedacht werden. Das Auftreten von Aceton im Urin ist dabei weniger gefährdend, da es beim Hungern stets im Urin nachweisbar ist. Dringlich wird die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Sensoriumstrübung, Lähmungen und beim Auftreten von Ikterus als Zeichen einer Leberschädigung.

Von der Behandlung des Hyperemesis gravidarum gilt nach Ahlfeld der Satz, daß sie mehr eine experimentelle ist.

In der häuslichen Behandlung, die nur für leichtere Fälle in Frage kommt, wird man unter Umständen mit Darmentleerung, Sedativa: Brom, Broسدan, Chloralhydrat per os, oder als Clysmata einiges erreichen.

Bei schwereren Fällen langt das nicht.

Da ist stets Herausnehmen der Patientin aus ihrem häuslichen Milieu und strengste Isolierung in stationärer Krankenhausbehandlung das erste, was versucht werden muß, und was oft schon ohne jede medikamentöse Behandlung zum Ziele führt.

Langt das nicht, so werden Sedativa in Form von Brom, Cer, Nautisan, Luminal in Kombination mit Gynergen zunächst versucht und haben oft zum Ziele geführt. Besteht dabei starker Pylasmus, so kann man Adrenalin (1:1000) morgens und abends je 10 Tropfen per os versuchen.

Diese Adrenalinmedikation wird heute vielfach durch Zufuhr von Nebennierenpräparaten (Cortin, Pankortex) ersetzt, welche intramuskulär oder -venös gegeben werden.

Auch mit der Zufuhr von Follikelhormon und Corpus luteum-Hormon kommt man oft zum Ziele.

Schließlich nimmt in der Behandlung der Hyperemesis gravidarum einen breiten Raum ein die Behandlung mit Vitamin-B, die aber nur zum Ziele führen kann, wenn es sich tatsächlich um eine Avitaminose handelt, was in dem einen oder anderen Falle zutreffen kann.

Da wir über die wirkliche Ursache der Hyperemesis gravidarum noch sehr im unklaren sind, gibt es auch für die Behandlung dieses Krankheitsbildes kein absolut sicher wirkendes Mittel.

In Fällen, wo alle oben erwähnten Behandlungsmethoden versagen, hat sich dem Verfasser folgendes Schema bewährt:

Strengste Isolierung der Schwangeren! Fortlassen jeglicher Nahrungszufuhr per os! Zweimal täglich ein Tropfklistier: 1000 ccm physiologische Kochsalzlösung mit je 200—300 ccm Harn von gesunden Schwangeren, welche nicht erbrechen.

Dem Clysmata kann man gegebenenfalls Herzmittel und Sedativa beifügen.

Mit der letzteren Behandlungsmethode ist der Verfasser in mehreren ersten Fällen zurecht gekommen.

Besonders eklatant half es in einem leththin behandelten sehr ersten Fall:

Verfasser übernahm von einem Kollegen eine Patientin, die innerhalb 14 Tagen von 107 auf 80 Pfund herabgekommen war. Dabei war im Urin Aceton und auch schon Albumen. Der Puls war ständig über 100 und war klein und leicht unterdrückbar. Die Temperatur schwankte zwischen 37,5—38,0 Grad.

Die häusliche Behandlung mit Sedativa und Nebennierenpräparaten hatte zu keinem Erfolge geführt.

Da der Zustand ein äußerst bedrohlicher war, wurde in stationärer Krankenhausbehandlung sofort die Behandlung mit Clysmata unter Zusatz von normalem Schwangerenurin begonnen.

Nach drei Tagen hörte das Erbrechen schlagartig auf und ist nicht wieder aufgetreten. Die Patientin konnte per os große Nahrungsmengen zu sich nehmen, die Temperatur sank zur Norm ab, der Puls wurde kräftiger, das Eiweiß schwand im Urin und die Patientin hatte nach weiteren 14 Tagen ihr Anfangsgewicht wieder erreicht.

## Quousque tandem?

Von Dr. med. Karl Erhard Weiß, Schw. Gmünd

Noch immer wird das neue Sozialversicherungsgesetz nicht in voller Öffentlichkeit verhandelt, noch immer nicht dem Landtag zur Beratung und Beschlußfassung vorgelegt, und die Ärzteschaft ist mit vollem Recht besorgt, daß sich für sie sehr unliebsame, ja für den ganzen Berufsstand katastrophale Folgen entwickeln, mit denen sie vor vollendete Tatsachen gestellt werden soll.

Soll die Sozialversicherung das ganze Volk umfassen, also sämtliche Volksgenossen zwangsweise Krankenkassenmitglieder werden, so ist unbedingt notwendig, daß die Krankenversicherung von ihrer Einstellung als Armenversicherung loskommt. Erwachsene ist sie ja aus einer Fürsorge für diejenigen, die selber nicht in der Lage waren, das Krankheitsrisiko zu tragen, und ihre Armensätze wurden den Ärzten schmachhaft gemacht mit der Begründung, es werden hier Leistungen, wenn auch niedrig, bezahlt, für die die Ärzte sonst überhaupt nichts bekämen von den Unbemittelten. Universitätskliniken, staatliche und städtische Krankenhäuser behandelten Kassenmitglieder wie Ortsarme unentgeltlich, und die Verpflegungssätze in diesen Kliniken lagen für Kassenkranke in dritter Klasse so nieder, daß sie die Selbstkosten nicht deckten, sondern auf Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln angewiesen waren. Wollten die Inhaber von Privatkliniken nicht auf einen Großteil ihrer Kranken verzichten, so mußten sie bei ihrer dritten Klasse darauflegen, so daß

oft, wie ein Klinikinhaber sich einmal ausdrückte, der Hotelier einbrockte, was der Arzt verdiente.

Als der Kreis der Versicherten sich mehr und mehr über das Maß der schlechthin Bedürftigen ausdehnte, und namentlich für Versicherungsberechtigte kaum noch eine Einkommensgrenze nach oben bestand, nahmen die Kassen in ihren Honorarsätzen unbedenklich die Armensätze weiter in Anspruch. Immer mit dem eigentlich unsittlichen Hintergedanken, die ärztliche Privatpraxis werde den Ausfall schon decken. Wenn nun nach der geplanten Neuordnung die ärztliche Privatpraxis wegfällt und es nur noch Kassenpraxis gibt, ist ein ferneres Verbleiben bei der seither von den Kassen beliebten Tarifpolitik unmöglich.

Die heutigen Kassentariifsätze sind erschreckend nieder und trotz der Verteuerung der Lebenshaltung seit den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts im wesentlichen gleich geblieben. Eine Augenuntersuchung mit Gesichtsfeldprüfung, Hornhautmessung, Sehprüfung und Augenspiegeluntersuchung wird im ganzen mit RM 3.— berechnet und darf im Vierteljahr ohne besondere Begründung nur wenige Male berechnet werden. Alle übrigen Untersuchungen im betreffenden Fall und Vierteljahr, so eingehend sie auch notwendigerweise sein müssen, werden als einfache Beratungen mit RM 1.— abgolt. Bei der gegenwärtigen Pauschalierung kann es bei chronischen Fällen in laufender Behandlung vorkommen, daß der Wert der Einzel-



leistung auf wenige Pfennige sinkt. Dies nur einige Beispiele für viele.

Die Untersuchungen des Arztes sind seit der Zeit, in der die jetzige Gebührenordnung eingeführt wurde, zeitraubender, die hierfür notwendige Apparatur kostspieliger geworden. Immer schwerer wird daher der Wettbewerb des frei praktizierenden Arztes gegenüber öffentlichen Anstalten, denen die Mittel zur Beschaffung der Apparate (Röntgen usw.) von der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Immer mehr Ärzte sind Angestellte solcher Einrichtungen und nicht mehr im Eigenbesitz ihrer Produktionsmittel, d. h. in technischem Sinn proletarisiert. Und das im Zeitalter zunehmender Sozialisierung.

Wenn alle Ärzte nur noch Kassenärzte und an die Kassengebührenordnung gebunden sind, dann gehen die Kassenmitglieder auch mit Lappalien zu den Koryphäen und werden dort durch das Heer der Assistenz- und Volontärärzte verarztet. Immer schwieriger kann sich dem gegenüber der frei praktizierende Arzt behaupten, dem nicht die reiche Apparatur der öffentlichen Anstalten zu Gebote steht.

Eine große Schwierigkeit ergibt sich, wenn in den Krankenhäusern nur noch eine einzige, die unterste Verpflegungsklasse besteht. Der Wegfall des Einzelzimmers, die ungewohnte rauhere Verköstigung machen den Krankenhausaufenthalt für den wirtschaftlich Gehobenen in Zukunft zu einer Qual.

Für den seither nicht krankenversicherten Teil der Bevölkerung bedeutet der neue Zustand offenbar trotz der Höhe der nach dem Einkommen gestaffelten Beiträge nicht eine Verbesserung, sondern eine erhebliche Verschlechterung des seitherigen

Zustands. Statt die Versicherten zu heben und sie wie Privatpatienten zu behandeln, was der ideale Zustand wäre, senkt man den Versicherten allgemein auf die Lebenshaltung des Almosenempfängers im Krankenversicherungswesen.

Zudem soll die Aufnahme in klinische Behandlung eine Kannvorschrift bleiben. Ob eine Aufnahme notwendig ist, entscheidet also nicht der Arzt nach seinem Wissen und Gewissen, sondern die Krankenkasse nach ihrem Gutdünken.

Der seither nicht versicherte Teil der Bevölkerung wird es sich wohl überlegen müssen, ob er für eine solche Krankenversicherung, bei der keineswegs dem größeren Beitrag die größere Leistung entspricht, sondern im Gegenteil die höheren Einkommen nur zur Stärkung der Kassenfinanzen kräftig herangezogen werden — ob er für eine solche Krankenversicherung ein Viertel (bei selbständig mitarbeitenden Frauen, wie z. B. Bäuerinnen, sogar die Hälfte) des gemeinsamen Einkommens sich wegsteuern lassen will. Sich darüber zu entscheiden, muß der ganzen Bevölkerung bald Gelegenheit gegeben werden durch breiteste Erörterung all dieser Fragen im Landtag und, wenn nötig, durch Volksentscheid. Die Ärzte aber werden gut tun, die ihnen nahestehenden Abgeordneten und die Öffentlichkeit mit allen Mitteln aufzuklären. Dabei ist zu bemerken, daß die Ärzte in ihrer überwältigenden Mehrzahl keineswegs gegen eine allgemeine Volksversicherung sind. Aber so wie es bisher vorgeschlagen wurde, geht es nicht. Nicht bloß deshalb, weil auf diese Weise der freie Arztstand zugrunde geht, sondern auch deshalb, weil die Gesundheitspflege des Volkes auf diese Weise nicht wieder gut zu machenden Schaden nimmt.

## Die Entwertung der akademischen Titel

Von Dr. med. V. E. Mertens, München

In der bayerischen Verfassung (II 180, 4) steht:

„Titel dürfen nur verliehen werden, wenn sie mit einem Amt oder einem Beruf in Verbindung stehen. Sie sollen außerhalb des Amtes nicht geführt werden. Akademische Titel fallen nicht unter dieses Verbot.“

Es ist zu wünschen, daß energisch darnach gehandelt wird, und daß auch andere deutsche Verfassungen einen derartigen Passus erhalten als Anfang einer Besserung im Titelnwesen. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, wohin die akademische Titelei bei uns geführt hat. Wer zählt die Professoren, die als Maler, Ärzte, Photographen, Theaterleute, als Tänzerin usw. nie akademische Lehrer waren? Warum habilitieren sich so viele Mediziner und kleben an der Klinik, bis sie den nach gewissen Jahren kommenden Titel „Professor“ erlangt haben? Er ebnet den Weg zu den Krankenhausthronen; auch Duodezkrankenhäuser müssen ja heute einen „Prof.“ zum „Chefarzt“ haben. („Ein Titel muß sie erst vertraulich machen...“) Sogar die Kameltreiber in Ägypten machen sich über uns lustig. Ich kannte einen, der keine paar Worte an mich richtete, ohne die Wortfolge „Doctor, Professor, Baron“ einzuflechten, diese drei Titel stets in dieser Steigerung schnell hintereinander! Alfred Kerr erzählt, daß sein Diener Said in Ägypten ihm beim Abschied zurief: „Herr Professa, Herr Gi-aimrat! Auf Wiedersehn!“

Professor ist die Bezeichnung für einen akademischen Lehrer. Diesen Titel darf also sinngemäß nur der Inhaber eines akademischen Lehrstuhls führen (oö. oder beamteteter ao. Professor, der nbaö. fällt demnach überhaupt fort); das sind Männer, die einen Lehrauftrag als Lebensaufgabe erfüllen, nicht solche, die als Assistenten oder Dozenten vorübergehend unterrichten. Wie es nie-

mand einfällt, sich sein Leben lang Assistent zu nennen, ist auch Dozent eine vorübergehende Bezeichnung, die samt der Verschönerung „Prof.“ wegfällt, wenn der Träger den Bereich der Universität verläßt. Daß der Inhaber eines Krankenhauses mit fünfzig Betten abseits einer Kleinbahn sich Professor nennen darf, ist ein grober Mißbrauch.

Der Professortitel ist nicht mehr Ausdruck besonderer wissenschaftlicher Leistung, da es viel mehr Schein-Professoren als echte Professoren gibt. Es ist fast schon so schlimm wie mit dem Dokortitel. Ein Doktor kann sein ein Mediziner, ein Theologe, ein Alt- oder Neuphilologe, ein Ingenieur, ein Bankier, ein Philosoph, ein Zahnarzt, ein Jurist, ein Kaufmann, ein Chemiker, der Absolvent einer Handelsschule und so in infinitum. Ich weiß nicht, ob Schneiderakademien auch schon Doktoren produzieren. Der durch Leistung erworbene Doktor-Titel muß so in der großen Masse der anderen seinen auszeichnenden Wert verlieren. Das grellste Licht fällt auf diese Dinge bei der Verleihung akademischer Titel aus politischen Gründen und ihrem Entzug nach politischem Umbruch.

Die bei den Medizinern seit Jahrzehnten gepflogene Art, „den Dr. zu machen“, muß verpönt und dafür eine wirkliche wissenschaftliche Leistung gefordert werden, wie früher. Es würde dann viel weniger Doktoren geben, aber der Titel hätte wieder statt des lächerlichen einen ernstlichen Inhalt: „Doctor, Hochgelehrter“, wie es früher hieß.

Weil heute die Lebensform tiefgehende Wandlungen durchläuft, sollte die kaum wiederkehrende Gelegenheit ergriffen werden, auch auf diesem Gebiet eine Reinigung ins Werk zu setzen, zumal sich dabei die Möglichkeit ergibt, Nazispuren zu tilgen. Die Aufwertung des Professortitels ist dabei vordringlich.

## T A G U N G S B E R I C H T E

### 1. Württembergischer Ärztetag

Zu einem vollen Erfolg gestaltete sich der 1. Württembergische Ärztetag in Tübingen, zu welchem die Ärztekammer Württemberg-Süd eingeladen hatte. Das Auditorium maximum der Universität reichte kaum, um die Fülle der Gäste und Ärzte aufzunehmen, die aus ganz Württemberg sich versammelt hatten.

Der Präsident der Kammer, Dr. Langbein, Pfullingen, konnte die Vertreter des Staatssekretariats, des Württ. Innenministeriums und der Universität begrüßen, welche ihrerseits ihr großes Interesse an der Arbeit der Ärztekammer bekundeten.

Nach altem Brauch eröffnete ein wissenschaftlicher Vortrag die Tagung. Der Nobelpreisträger, Prof. Butenandt, berichtete in fesselnden und bahnbrechenden Ausführungen über bio-

chemische Grenzprobleme der Vererbungs- und Virusforschung. Reicher Beifall belohnte seinen der wissenschaftlichen ärztlichen Forschung neue Wege weisenden Vortrag.

In seinen von reichster Erfahrung getragenen Ausführungen berichtete der Senior der württembergischen Ärzteschaft, Präs. Langbein, der in diesen Tagen sein 50jähriges Praxisjubiläum in aller Stille begehen konnte, über Aufgaben der württembergischen Ärzteorganisation in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und zeigte klar den Weg, welchen die deutsche Ärzteschaft zum Wiederaufbau unseres zerschlagenen Vaterlandes zu leisten habe.

Einen Bericht über Aufbau der ärztlichen Organisation des Landes Württemberg-Baden gab der stellv. Präsident der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg Dr. Neuffer. Er wandte sich insbesondere gegen die diktatorischen Methoden, mit welchen eine einseitige und unsoziale Reform der Sozialversicherung der deutschen Bevölkerung aufgedrängt werden sollte. Eindringlich wies er darauf hin, daß es sich bei der Form der Sozialversicherung für den Arztstand nicht um wirtschaftliche Belange handle, sondern um die grundsätzliche Frage menschlicher Freiheit und Verantwortung. Nur getragen vom Vertrauen des Kranken könne der Arzt sein verantwortungsvolles Amt erfüllen.

Den Rechenschaftsbericht über die Arbeit der Ärztekammer Württemberg-Süd gab Dr. Dobler. Er fand die einmütige Zustimmung der gesamten Ärzteschaft.

Am Nachmittag berichtete der geschäftsführende Arzt, Dr. Gärtner, in eingehender Form über das Niederlassungswesen und die weiteren Planungen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, während der Geschäftsführer der Kammer, Herr Averdung, über die wirtschaftlichen Nöte und Sorgen des Arztstandes referierte.

Eine lebhaft diskutierte Diskussion entspann sich über die auf 26. April ausgeschriebene Ärztekammerwahl, die auf der Grundlage des politischen Wahlrechts durchgeführt wird.

Der Präsident der Kammer konnte den arbeits- und erfolgreichen Tag mit der Mahnung abschließen, daß es nicht nur das Recht, sondern die Pflicht jedes wahlberechtigten Arztes sei, sich an dieser Wahl zu beteiligen, um der neuen Ärztekammer die breite Basis des Vertrauens der gesamten süd-württembergischen Ärzteschaft für ihre weitere Arbeit zu geben.

Die anlässlich des Arztetages versammelten württembergischen Ärzte faßten eine Entschliebung und richteten einen dringenden Appell an die Regierung der französisch besetzten Zone Württembergs, alsbald alle geeigneten Schritte zu unternehmen, um eine Besserung der Ernährung der Bevölkerung in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu erreichen. Sie halten sich als die besten Beobachter und Begutachter des Gesundheitszustandes der Bevölkerung für verpflichtet, darauf hinzuweisen, daß auch in der französisch besetzten Zone Württembergs die Unterernährung der Bevölkerung und eine damit zusammenhängende Entkräftung, Krankheitsanfälligkeit und Verminderung der Arbeitskraft in erschreckendem Maße zunimmt.

Dobler.

## Bericht über die Tagung der Medizinischen Gesellschaft in Frankfurt am Main

Von Dr. med. Friedrich Koch, Darmstadt

Die außerordentliche Tagung der Medizinischen Gesellschaft am 27. November 1946 in Frankfurt a. M. erfolgte auf Veranlassung der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität und der Ärztekammer Frankfurt a. M.

Zuerst referierte Dr. Koch, Darmstadt, Referent für Gesundheitswesen beim Regierungspräsident Darmstadt, über die sozialpolitische und sozialmedizinische Bedeutung der deutschen Sozialversicherung. Er erinnerte daran, daß die Sozialversicherung eine Schöpfung des obrigkeitlichen Wohlfahrtsstaates war und daß dieselbe neben dem caritativen Zweck, „den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen“, zugleich der Machtpolitik des Staates diene. Wohlfahrt sei für den Machtstaat immer Mittel zum Machtzweck, und den Machtstaat gebe es auch in der Form der Demokratie, denn das Wesentliche der Demokratie sei nicht die Form, sondern die Garantierung der Menschenrechte. Nicht Einrichtungen bestimmten das soziale Le-

ben, wie man in Deutschland so gern glaube, sondern Gesinnungen. Deshalb sei von einer Reform der Sozialversicherung in Richtung einer demokratischen Sozialpolitik zuerst zu fordern, daß in ihr die Freiheit der Persönlichkeit ein möglichst großer Spielraum gewährt werde. Von hier aus müsse die Frage so gestellt werden: Welche Momente haben dahin gewirkt, daß insbesondere in der Krankenversicherung dem Eingriff in die persönliche Sphäre entgegengewirkt wurde? Als solche nannte der Referent: 1. die Beschränkung der Versicherung auf den Personenkreis, der der Versicherung wirklich bedurfte, 2. die Selbstverwaltung auf genossenschaftlicher Basis, welche allerdings nur dadurch wirksam war, daß es eine Vielheit von Kassen gab, 3. den Kampf der deutschen Ärzteschaft um die freie Arztwahl, der zugleich ein Kampf gegen die Entpersönlichung des Verhältnisses von Arzt und Patient war. Der Kampf um die Erhaltung des persönlichen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient sei zugleich ein Kampf um die Freiheit und Menschenwürde der Versicherten, und er sei heute um so wichtiger, weil in unserer Zeit mit der fortschreitenden Bürokratisierung des Daseins das Machtstreben jede Beziehung von Mensch zu Mensch zu vergiften drohe.

Bezüglich der sozialmedizinischen Bedeutung der Sozialversicherung müsse die Frage so gestellt werden: Inwiefern gewann die medizinische Forschung Anregung und Förderung durch die Risikoabwehr der Versicherungsträger? Dr. Koch wies zunächst auf die Anregungen hin, die von den Heilverfahren in der Invalidenversicherung und von den berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren für die Entwicklung der Medizin ausgingen. Er wies sodann darauf hin, daß ähnliche Anregungen auffallenderweise von der Risikoabwehr der Krankenversicherung nicht ausgingen. Er betonte, daß die Ursachen für diese auffallende Tatsache darin zu sehen sind, daß die Risikoabwehr in der Krankenversicherung sich nicht an den Versicherten wandte, sondern an den Arzt, und daß sie sich in Form von Machtkämpfen gegenüber den Ärzten abspielte. Die erstrebte Einheitsversicherung müsse diese falsche Richtung der Risikoabwehr verstärken. Denn echte Risikoabwehr in der Krankenversicherung dränge erfahrungsgemäß zur Spezialisierung der Leistungen je nach den Bedürfnissen der verschiedenen Berufsgruppen. Die Einheitsversicherung verhindere nicht nur diese gesunde Entwicklung, sondern stärke auch den Machtwillen der Verwaltungsbürokratie und führe somit zu einer Verschärfung des Kampfes zwischen Ärzten und Versicherungsträgern. Damit aber werde zugleich die gerade in der Jetztzeit so wichtige Erforschung der Beziehungen zwischen Beruf und Krankheit gehemmt statt gefördert, weil sie nach allen Erfahrungen immer zu dem Ergebnis kommt, daß die Leistungsgestaltung in der Krankenversicherung sich den Erfordernissen der einzelnen Berufsgruppen anpassen muß, soll nicht statt echtem Lastenausgleich ein Teil der Versicherten vergewaltigt werden.

Sodann referierte Dr. Hergt, Ludwigshafen, über die Pläne zur Reform der Sozialversicherung. Er sprach zunächst von dem Plan der Zusammenfassung der drei Versicherungsarten: Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung. Die Trennung der Versicherungszweige habe nicht nur historische Gründe, sondern entspreche der Verschiedenartigkeit der Risiken, welche auch Verschiedenartigkeit der Organisation erforderten. Der Vereinheitlichungsplan werde begründet mit der Krise, in die die Sozialversicherung durch das Kriegsende geraten sei. Es gebe aber keine Krise der Unfall- und der Krankenversicherung. Lediglich die Rentenversicherung sei in eine Krise geraten, mit deren Behebung sich die versicherungsmathematischen Sachverständigen ernsthaft beschäftigen müßten. Aber die Behebung dieser Krise habe gar nichts zu tun mit einem organisatorischen Umbau, insbesondere der Unfall- und Krankenversicherung. Die Vereinheitlichung der Versicherungszweige trage zur Sanierung der Rentenversicherung in keiner Weise bei. Die wirklichen Motive des Planes zur Vereinheitlichung würden offenbar, wenn man sehe, daß gleichzeitig die Einbeziehung fast aller Volkskreise in die Zwangsversicherung geplant sei. Das bedeute für den Arzt die Vernichtung der Privatpraxis und die Vergiftung der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das Ergebnis müsse sein: Vernichtung der Selbstverwaltung, Bürokratisierung, Desinteressiertheit der Versicherten und damit höhere Inanspruchnahme der Leistungen. Der Entwurf des Kontrollrates bedeute eine unerträgliche Abhängigkeit des Arztes, wenn er folgende Bestimmungen enthalte: „Entstehen ungerechtfertigte Ausgaben für ärztliche Behandlung, so kann der Sozialversicherungsträger solche Ausgaben von dem Arzt oder der Ärzte-

organisation zurückfordern. Die Richtigkeit der Diagnose, der Behandlung und anderer Maßnahmen zur Heilung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen kann von besonderen Sachverständigen nachgeprüft werden, die von den Sozialversicherungsträgern bestimmt werden.“ (Eine Bestimmung, die nur zu endlosen Streitigkeiten führen kann. Der Ref.) Die Nichtbeteiligung der Ärzte an den Vorarbeiten müsse zu verhängnisvollen Folgen führen. Die Stellungnahme der Ärzte zu all diesen Fragen geschehe nicht aus materiellen Interessen. Die Ärzte sähen vielmehr die Aufrechterhaltung der ärztlichen Kunst und der Berufsethik als gefährdet an. Außerdem erfordere der Grundsatz der Demokratie, daß Maßnahmen von so einschneidender Bedeutung nicht ohne die Stellungnahme der Parlamente getroffen werden.

Die Versammlung stimmte sodann einstimmig der nachfolgenden Resolution zu:

Die Ärzte, Jungärzte und Medizinstudenten haben von den Plänen zur Reform der Deutschen Sozialversicherung Kenntnis genommen. Aus Sorge um die Volksgesundheit und die Weiterentwicklung und Förderung der sozialmedizinischen Forschung glaubt die Medizinische Gesellschaft ihre warnende Stimme erheben zu müssen.

Die Ärzteschaft gibt deshalb in Übereinstimmung mit der von den Kammervorsitzenden der amerikanischen, französischen und englischen Zone am 2. November 1946 in Bad Nauheim gefaßten Stellungnahme ihre Bedenken in folgender Resolution bekannt:

1. Der Entwurf der neuen Sozialversicherung fordert die Einheitsversicherung und die Einheitsverwaltung. Die Ärzteschaft erblickt hierin die Gefahr politischen Mißbrauchs und die Gefahr der Konzentration einer unerwünschten Kapitalmacht. Die Vielgestaltigkeit einer Versicherung ist nicht ein Nachteil, sondern ein Vorteil für die Versicherten.
2. Der Entwurf sieht die Schaffung einer Einheitskrankenkasse vor. Die Ärzteschaft warnt, denn die berufliche Gliederung der Krankenversicherung entspricht den Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten und Berufsgruppen.
3. Die geforderte Ausdehnung der Versicherungspflicht hält die Ärzteschaft nicht für ratsam, denn die staatspolitische und volkshygienische Aufgabe der Sozialversicherung ist der Schutz der Bedürftigen.
4. Die Ärzteschaft hält die volle Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung für selbstverständlich. In den Organen der Selbstverwaltung müssen die Kassenzurückführer wegen ihrer Sachkunde und Mitverantwortung vertreten sein.
5. Es ist bekannt, daß die sozialmedizinische Wissenschaft durch das Interesse der Rentenversicherung (rechtzeitige Verhütung der Invalidität, Erforschung der Kreislaufkrankheiten und der rheumatischen Erkrankungen), der Invalidenversicherung (Heilverfahren, Durchführung der Tuberkulosebehandlung, Heilstätteneinrichtung) und der Unfallversicherung große Anregungen erfahren hat, die zum Wohle der Versicherten ausgewertet werden konnten. Es ist andererseits aber auch bekannt, daß diese Aufgabe der medizinischen Forschung keine Unterstützung durch die großen Krankenkassen gefunden hat. Es ist zu befürchten, daß bei einer Zusammenlegung durch die neue Planung der Sozialversicherung diese wichtigen, der Volksgesundheit dienenden Forschungen in Zukunft vernachlässigt werden.
6. Die Regelung der Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den Ärzten bedarf keiner grundsätzlichen Änderung. Sie ist nach jahrzehntelangen Kämpfen so geordnet, daß alle Streitfragen gelöst sind, und daß der Arbeitsfriede in der Sozialversicherung seit 1932 gewährleistet ist. Auch das bestehende Zulassungsrecht ist als Teil der kassenärztlichen Selbstverwaltung grundsätzlich aufrechtzuerhalten. Eine vorzeitige und überstürzte Reform hält die Ärzteschaft für bedenklich. Bei der engen Verflechtung von Wirtschafts- und Sozialpolitik sollte die Neugestaltung erst ins Auge gefaßt werden, wenn das künftige Schicksal der deutschen Wirt-

schaft übersehen werden kann, die Währungsfrage gelöst und der Umfang der auf der Volkswirtschaft lastenden Verpflichtungen aus dem verlorenen Kriege bekannt ist.

## Kampf gegen die Tuberkulose

Im Versorgungs Krankenhaus Ried bei Lindenberg im Allgäu fand am 10. April 1947 eine von über 100 Teilnehmern besuchte Arbeitstagung der Ärzte des Versorgungswesens und des öffentlichen Gesundheitsdienstes statt, welche sich mit der Bekämpfung der Tuberkulose befaßte.

Der leitende Arzt des Hauptversorgungsamtes Tübingen, Dr. Dobler, begrüßte, zugleich im Namen der Ärztekammer Württemberg-Süd, die Vertreter des Staatssekretariats sowie den Präsidenten der Landesversicherungsanstalt Stuttgart, die Chefärzte der Heilstätten und die Amtsärzte. Er wies in eindringlichen Ausführungen auf die Notwendigkeit hin, die Tuberkulose, die sich zu einer ersten Gefahr für das deutsche Volk entwickelt habe, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu bekämpfen. In den schweren Krisenjahren, die wir jetzt durchschreiten müssen, sei die durch die Tuberkulose bedrohte Gesundheit unseres Volkes die Wurzel seiner Regenerationskraft. Die immun-biologische Lage unseres Volkes, verschlechtert durch die Strapazen des Krieges und die seit Jahren qualitativ und quantitativ ungenügende Ernährung, begünstige die Ausbreitung der Tuberkulose, die sich nach einwandfreien Statistiken in den letzten Jahren um das Vielfache vermehrt habe und in weiterem rapidem Ansteigen begriffen sei. Erschreckend sei auch die Schwere der Krankheitsbilder, die vielfach an die aus früheren Notzeiten bekannte „galoppierende Schwindsucht“ erinnern. Alle Tuberkulosegefährdeten sollten durch ausreichende Ernährung mit Fett und tierischem Eiweiß vor Infektion geschützt werden.

So erschwerte der Kampf gegen die Tuberkulose unter den heute ungünstigen Lebensbedingungen des deutschen Volkes auch sei, müsse er doch mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln und aller Energie durchgeführt werden. Der Erfolg unserer Abwehrmaßnahmen stehe und falle aber mit der Frühdiagnose einerseits und der Durchführung der Asylierung aller ansteckend Tuberkulösen andererseits. Die Einrichtung von Arbeitsstätten für Dauerbazillenausscheider sei notwendig, um die Heilstätten ihrer eigentlichen Aufgabe, der Durchführung erfolgversprechender Heilkuren, wieder zuzuführen.

Durch Einrichtung neuer Heilstätten sei die Kurbehandlung aller aus Kriegsgefangenschaft entlassenen Tbc.-Kranken ermöglicht worden. Anzustreben sei die beschleunigte Untersuchung der gesamten Bevölkerung im Schirmbildverfahren, um eine Früherfassung der Tuberkuloseerkrankungen in weitestem Umfang zu sichern. Jede Verzögerung bei der Tbc.-Bekämpfung, komme sie nun aus bürokratischen, verwaltungsrechtlichen oder finanziellen Gründen, sei ein nicht wieder gut zu machender Fehler, der sich bitter rächen werde. Es sei Aufgabe der gesamten Ärzteschaft, der Versicherungsträger und der Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, mit allen Mitteln und gemeinsamen Kräften die Verelendung unserer Tuberkulosekranken und -gefährdeten zu verhüten.

Dr. Brecke, der Chefarzt der vom Hauptversorgungsamt Tübingen übernommenen Heilstätte Ried, welche in landschaftlich und klimatisch bester Lage für 200 tuberkulosekranke Kriegsverwehrte vorbildliche Kurplätze bietet, sprach über akute Verlaufsformen der Tuberkulose bei Kriegsteilnehmern an Hand von Krankenvorstellungen und Röntgenbildern, welche einerseits die Schwere der Erkrankungen, andererseits aber auch die schönen Erfolge zeigte, welche die sorgfältige Behandlung und Pflege in einer gutgeführten Heilstätte zu erzielen vermögen.

In fesselnden Ausführungen legte Prof. Letterer, Tübingen, die Grundlagen der allgemeinen und speziellen Pathologie der Frühstadien der Tuberkulose dar und schuf damit das Verständnis für die Vielfalt der Krankheitserscheinungen, die uns bei der Tbc. entgegentreten.

Der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen, Prof. Naegeli, berichtete in knappen, klaren Ausführungen über die Verbreitung, Diagnose und Therapie der Urogenitaltuberkulose.

Prof. Plomm, Chefarzt des Wilhelmstiftes in Isny, umriß in scharfen Richtlinien die Indikation der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose, welche auch in weit fortgeschrittenen Fällen häufig noch zu Heilung zu führen vermag.

Der Direktor der Heilstätte Übereuh, Dr. Böhm, konnte an Hand eines großen und ausgesucht schönen Bildmaterials über häufige Erkrankungen an Darmtuberkulose berichten, welche er bei frühzeitiger Erkennung einer erfolgreichen chirurgischen Behandlung durch Prof. Plomm zugeführt hat. Die günstigen Ergebnisse dieser Behandlung waren außerordentlich eindrucksvoll.

An alle Vorträge schlossen sich lebhaft Diskussionen an, so daß Dr. Dobler zum Schluß der Arbeitstagung mit dem Dank an die Referenten seiner Genugtuung Ausdruck geben konnte, daß sie allen Teilnehmern nicht nur fruchtbare Anregungen, sondern auch einen neuen Impuls gegeben hat, mit frischem Mut und Tatkraft den Kampf gegen die Tuberkulose weiterzuführen, um unser deutsches Volk vor der ihm drohenden Gefahr zu schützen.

Dr. Dobler.

## STIMMEN AUS DEM LESERKREIS

### Freie Arztwahl

Von Dr. med. Ed. Vogt, Isny

Am 1. April 1946 wurde an einem Landkrankenhaus die freie Arztwahl aufgehoben und ein hauptamtlicher Chefarzt bestellt. Damit wurden die drei dort praktizierenden Ärzte von der Geburtshilfe im Krankenhaus ausgeschaltet. Es ist dies schon deshalb nicht recht zu verstehen, weil Geburtshilfe ja nicht in das Gebiet des Fachchirurgen gehört. Soviel mir bekannt, wird als Grund für dieses Vorgehen hauptsächlich angeführt, durch die Arbeit mehrerer Ärzte im Krankenhaus werde der Betrieb im ganzen gestört, und vor allem auch die Assistenten hätten dann keine oder nur wenig Gelegenheit, sich in Geburtshilfe weiterzubilden. Die Gründe sind meiner Ansicht nach nicht stichhaltig. Es handelt sich ja nicht um eine Vielzahl von Ärzten, die auch im Krankenhaus wie in der Wohnung mit der Hebamme arbeiten. Vielleicht wird einmal die Stationschwester und in seltenen Fällen die Operationsschwester zur Hilfeleistung benötigt. Die Geburten finden meist nicht in der gewöhnlichen Arbeitszeit und in Räumen, die von den andern getrennt sind, statt. Man hört auch oft die Meinung vertreten, als ob der Chefarzt für alles, was im Krankenhaus vor sich geht, die Verantwortung tragen müßte. Dies ist meiner Ansicht nach nur bedingt richtig: die Durchführung der allgemeinen Hygiene ist Sache des Chefarztes, für seine Arbeit trägt wohl jeder approbierte Arzt die Verantwortung selbst. Wenn die Assistenten in einem Krankenhaus zu wenig Geburtshilfe lernen, müssen sie eben die Stelle wechseln. Ich bin der festen Überzeugung, daß sich diese Fragen bei beiderseitigem guten Willen sehr leicht regeln lassen würden.

Wenn ich hier für die freie Ausübung der Geburtshilfe im Krankenhaus eintrete, so tue ich dies ebenso für die schwangere Frau wie im Hinblick auf den Arzt. Während der Schwangerschaft kommt die schwangere Frau in all ihren Nöten und Anliegen zu ihrem Hausarzt. Zu ihm hat sie Vertrauen, weil sie ihn meist schon jahrelang kennt. Der Hausarzt hat womöglich schon die anderen Kinder zur Welt gebracht. Immer hat er ihr geholfen, so wird es auch diesmal sein. Das ist ihr fester Glaube. Jede Frau hat eine gewisse Angst vor der Entbindung. Kein Arzt wird je den Blick von Vertrauen und Beruhigung vergessen, mit dem die Kreißende ihn beim Betreten des Zimmers empfängt. Glücklicherweise besteht auf dem Lande noch die persönliche Beziehung des Patienten zum Arzte, und gerade bei der Geburt, die noch immer ein besonderes Ereignis in der Familie ist, soll nun ein fremder Arzt, der die Familie gar nicht kennt, plötzlich eingreifen, und der Hausarzt wird kaltgestellt. Es spielt aber doch gerade in der Geburtshilfe die seelische Beziehung des Arztes zum Patienten eine solch große Rolle. In diesem idealen Verhältnis von Vertrauen und Herzlichkeit liegt die Kraft begründet, die uns auch nach schweren Nackenschlägen immer wieder befähigt, zu Nutzen und Frommen des Kranken zu arbeiten. Im Laufe der Jahre lernt man begreifen, daß gerade darin die erhabene Schönheit und Größe unseres Berufes liegt. Es geht deshalb hier um mehr als um banale Dinge, sondern um grundlegende Fragen, die mit den Imponderabilien des Begriffes „Hausarzt“ verbunden sind.

Die ganze Frage ist dringlich und bedarf der Lösung durch

### Sprechstunden im Ärztehaus in Stuttgart-Degerloch

Mit Rücksicht auf die heutigen besonderen Verhältnisse muß der Dienstbetrieb im Ärztehaus samstags vollständig ruhen.

Mündliche Besprechungen mit den Vorstandsmitgliedern und den Geschäftsführern sind nur möglich am Dienstag und Donnerstag jeder Woche, wenn der Zeitpunkt vorher ausdrücklich vereinbart worden ist. Die vielen und wichtigen Aufgaben in der Wahrnehmung der Belange der Gesamtärzteschaft lassen leider eine andere Regelung zur Zeit noch nicht zu. Kollegen, die an anderen Tagen und ohne besondere Vereinbarung ins Ärztehaus kommen, können nicht damit rechnen, ein Vorstandsmitglied oder einen der Geschäftsführer sprechen zu können.

Die übrigen Abteilungsleiter und Sachbearbeiter innerhalb der Geschäftsstelle stehen am Dienstag, Donnerstag und Freitag von 9—12 und 14—16 Uhr zur mündlichen Besprechung zur Verfügung. Bezirks-Arztekammer Nord-Württemberg  
Dr. Neuffer, stellv. Vorsitzender.

die Ärzte selbst, weil voraussichtlich noch lange Zeit das Krankenhaus von den Frauen zur Entbindung aufgesucht werden wird: in der meist sehr an Raum beschränkten Wohnung fehlt es an Pflege, es sind keine Waschmittel vorhanden u. a. m. Man sollte auch gerade in der heutigen Zeit den Frauen ihre „schwere Stunde“ nicht noch schwerer machen.

Herr Dr. med. Dagobert Weigt, ein ausgewiesener Arzt, schreibt uns unter dem Titel

### Die Überarztung in Württemberg

folgendes:

Anknüpfend an den Artikel „Ärztliche Berufsaussichten“ des Herrn Dobler, in dem treffend der Notstand der württembergischen Ärzteschaft geschildert wird, möchte ich auch als ausgewiesener Arzt einiges hinzufügen, besonders die Erörterung der Frage, ob und inwieweit wir als Neudazugekommene die Lage noch verschärft haben und vor allem den Versuch machen, die aus der Situation sich ergebenden Maßnahmen aufzuzeigen.

Logischerweise konnte durch uns ausgewiesene Ärzte die Überarztung nicht hervorgerufen worden sein, denn wir haben sozusagen mit den Landsleuten unseren Patientenstock mitgebracht, dabei waren wir in unserer alten Heimat bei weitem nicht so dicht gesät, wie es hier mit der ärztlichen Versorgung zu sein scheint. Folglich müßte eigentlich für jeden von uns ohne weiteres eine Existenzmöglichkeit vorhanden sein, da doch die Masse der Neubürger ärztlich versorgt werden muß. Die Ursache der Überarztung liegt aber an folgenden Umständen:

1. An der Masse der Jungärzte mit Trimesterstudium und Kriegsapprobation, die ungenügend vorgebildet und ohne wirkliche ärztliche Erfahrung begrifflicherweise ihren Beruf ausüben möchte. Sie sollten tunlichst als Volontärärzte in Krankenhäusern beschäftigt werden. Inwieweit sie ihre fehlende Vorbildung sonst noch nachholen sollen, müßte von berufener Seite erwogen werden.

2. An dem hierzulande grassierenden Doppelverdienstertum. Während in anderen Staaten gegen die Überfüllung im Arztberuf schon vor dem Kriege Maßnahmen getroffen wurden, die zu Einschränkungen im Doppelverdienstertum geführt haben, gibt es in Württemberg Orte, wo praktizierende Ärzteehepaare die Regel sind.

3. An dem Umstand, daß überalterte Ärzte ihre Praxis weiterführen und dadurch jüngeren Kollegen die Niederlassungsmöglichkeit nehmen. Dabei wird der Einwand erhoben, daß die Versorgungskassen oft nicht in der Lage sind, Altersrenten zu gewähren. Abgesehen davon, daß diese Art der Versorgung bei der Geringfügigkeit ihrer Leistungen dem Nutznießer sein bisheriges Einkommen kaum ersetzen kann, darf man annehmen, daß sich der zur Ruhe setzende Arzt meist ein entsprechendes Kapital erworben hat, um davon leben zu können. Außerdem kann durch eine Verpflichtung aller beruflich tätigen Ärzte je

nach Höhe ihres Einkommens eine Hilfeleistung für überalterte und invalide Ärzte ins Werk gesetzt werden.

4. An dem Kurpfuschertum, das unter verschiedenem Namen als Heilberuf blüht und dessen öffentliche Duldung bei einem aufgeklärten Volk unbegreiflich erscheint, zumal es an gutausgebildeten Ärzten nicht mangelt. Es muß aber dieses unselige, gesetzlich fixierte Erbe einer vergangenen Zeit verschwinden oder auf das Absterbeetat gesetzt werden. Dafür zu sorgen ist vornehmlich Pflicht der berufenen Vertreter der Medizin.

5. An den eigentlichen Flüchtlingsärzten. Darunter werden die aus der russischen Zone verstanden (im Gegensatz zu ihren ausgewiesenen Kollegen), die in ihre Heimat meist ohne zwingenden Grund nicht zurückkehren wollen, obwohl dort arger Mangel im Heilberuf herrscht. Gerade in dieser Zone würden sich für unsere jüngeren Kollegen, die durch den Krieg hierher verschlagen wurden, günstige Perspektiven eröffnen, da an den noch nicht überfüllten Krankenabteilungen gute Ausbildungsmöglichkeiten bestehen dürften. —

Mit diesen fünf Punkten wären die Ursachen der Überfüllung im hiesigen Arztberuf aufgezeigt und ihre Beseitigung sinngemäß gestreift worden. Allein es genügt nicht, immer wieder auf die ungünstigen Berufsaussichten hierzulande hinzuweisen,

sondern es muß energisch und raschestens Abhilfe geschaffen werden. Vor allem darf keine halbe Sache gemacht werden. Alle angeführten Mißstände müssen kompromißlos beseitigt werden. Erst dann kann man mit Bestimmtheit damit rechnen, daß wieder erträgliche Verhältnisse eintreten werden. Daß es dabei nicht ohne erhebliche Opfer zugehen wird, ist selbstverständlich. Aber die davon Betroffenen müssen sich immer wieder vor Augen halten, daß Hunderte von ausgewiesenen Kollegen alles verloren haben und daß es Pflicht ist, schon aus Gründen der Menschlichkeit den Entwurzelten Gelegenheit zu bieten, ihr derzeitiges Vegetieren wenigstens in eine bescheidene Existenz verwandeln zu können.

#### Anmerkung der Schriftleitung:

*Das Wort „Überarztung“ haben wir lassen stahn, wiewohl wir's gern hätten streichen lassen. Wir raten, ihm das Heimatrecht in Württemberg zu versagen, damit wir nicht Gefahr laufen, demaleinst von einer Übersdusterung, Überbäckerung oder gar einer Übermauerung heimgesucht zu werden.*

*Die in ihrer Einfachheit an die Wunderlampe Aladdins erinnernden Vorschläge des Herrn Kollegen Dagobert Weigt drängen uns zu der Frage an unsere Leser: Was meinen Sie dazu?*

## Hermann Joseph Müller, der Nobelpreisträger des Jahres 1946 für Medizin

Wohl auf keinem Gebiet der Wissenschaft wurde größerer Unsinn veröffentlicht, als auf dem Gebiete der Eugenik! Von strenger Wissenschaftlichkeit ist oft nichts zu bemerken und man fühlt sich erinnert an mittelalterliche Astrologie. Zur Entschuldigung sei allerdings angeführt, daß das Studium der Genetik mit zum Schwierigsten gehört, und daß sich hier der homo sapiens nicht als Versuchsobjekt wie die weiße Maus oder die Tauffliege eignet.

Hermann Joseph Müller ist einer der bekanntesten Genforscher der Welt und gehört zur Garde der wenigen Auserlesenen, denen exakteste Forschung Lebensbedürfnis ist. Geboren 1890, hatte er sich schon als Kind für die Vererbungslehre interessiert, und sein Vater zeigte so viel Verständnis für die Wißbegier der Jungen, daß er ihn schon mit sieben Jahren ins Naturhistorische Museum in New York mitnahm. An einer Darstellung der Entwicklung des Pferdes erklärte er seinem staunenden Sohn, daß sich aus dem 45 Millionen Jahre alten Urpferd, dem vierzehigen Eohippus borealis, allmählich das dreizehige Mesohippus und über das zweizehige Meryohippus schließlich das kleine, einzeilige Pliohippus, der Urahn unserer heutigen Pferderassen, entwickelt hat.

Wie Müller zum Studium der Vererbungslehre kam, lassen wir ihn am besten selbst erklären: „Letztes Endes war es mein Glaube an eine künftige, künstlich herbeigeführte biologische Weiterentwicklung der menschlichen Spezies, die mich zum Studium der Vererbungslehre führte. Die Möglichkeit, die Vererbungslehre auf den Menschen anzuwenden, war die Triebfeder meines Schaffens.“

1914 hatte Müller während seiner Doktorarbeit bei Morgan auf der Columbia-Universität an Drosophila (Taufliege) eine neue Abart mit gebogenen Flügeln entdeckt und damit das Rätsel des von E. B. Wilson benannten m-Chromosoms entschlüsseln können durch den Nachweis, daß dieser neu auftretende Faktor zu eben jenen m-Chromosomen gehörte. Müller verdiente sich mit dieser Entdeckung seine ersten wissenschaftlichen Sporen. Mit 28 Jahren begann er an der Universität Texas eine Versuchsreihe, die zunächst die natürliche Mutationshäufigkeit bestimmen sollte; es schlossen sich Untersuchungen über Einflüsse der Umweltfaktoren auf diese Mutationshäufigkeit an, indem die Chromosomen befruchteter Drosophilaeier mit Röntgenstrahlen bombardiert oder großer Hitze ausgesetzt wurden.

Acht Jahre lang lebte Müller wie ein Einsiedler, von dem Glauben besessen, daß ihm glücken würde, was früher für un-

möglich galt. Vor Überarbeitung brach er zusammen, doch wenig später nahm er seine Versuche wieder auf. Endlich, auf dem „Sechsten Internationalen Kongreß für Vererbungslehre“ im Jahre 1926 in Berlin, konnte er einem staunenden wissenschaftlichen Gremium seine epochalen Versuchsergebnisse mitteilen. Der Schüler des berühmten Genetikers und Nobelpreisträgers Thomas Hunt Morgan gab bekannt, daß er die Chromosomen der Drosophila zertrümmert und wieder anders zusammengefügt habe. Der Kollege unserer erfolgreichen Atomzertrümmerer behandelte seine Fliegen mit Röntgenstrahlen, die ins innerste Heiligtum, ins Keimplasma, drangen und dort seltsame Einflüsse hervorriefen. Es könnte einen schauern, wenn man daran denkt, daß es die Forschung heute bereits in der Hand hat, künstliche Mutationen, also ganz neue Arten zu schaffen! Die langsame Entwicklung in der Natur wurde beschleunigt durch diese hundertfünfzigfache Steigerung der Mutationshäufigkeit. Man darf ruhig von einem Wendepunkt der Menschheitsgeschichte sprechen, der sich in diesen Forschungen ankündigt. Manchem wird es eine Vermessenheit dünken, wenn sich der Mensch direkt an der schöpferischen Evolution beteiligt. Mancher wird auch fragen, was diese Forschungen für einen Sinn haben sollen? — Es sind bereits augenscheinliche praktische Erfolge zu vermelden. So gelang es einem andern Amerikaner, durch Röntgenbestrahlung der Samen eine ganz neue Spezies von Jimsonkraut zu erzielen, die wesentlich höheren Gehalt an Atropin aufweist. Im Laboratorium der General Electric Comp. wurden durch Röntgenstrahlen Pampelmusenblüten schon in sechs Wochen hervorgerufen, trotzdem es sonst sechs Jahre dauert, bis der Baum blüht.

Überall haben die Forschungen Morgans und des heute 56-jährigen Müllers neue Wege gewiesen und in aller Welt, in russischen Laboratorien und nicht zuletzt im alten Kaiser-Wilhelm-Institut für Biologie durch A. Kühn, ebenso wie im Institut der Deutschen Hirnforschungsgesellschaft wurden Ergebnisse der Genetik bekannt, die immer tiefer in die Geheimnisse der Chromosomen hineinleuchten. Atom- und Gen-Forschung sind heute mit die wichtigsten Arbeitsgebiete des menschlichen Geistes.

Durch Verleihung des Nobelpreises des Jahres 1946 für Medizin an Hermann Joseph Müller wurde ein Biologe ausgezeichnet, der durch beharrliche Verfolgung seiner wissenschaftlichen Pläne und durch exakteste Forschungsergebnisse diese Ehrung schon vor langen Jahren verdient hätte.

Hans Vollenweider.

Diese Nummer wird im Juni 1947 ausgeliefert.